

Université de Montréal

**La collaboration dans l'équipe de soins quant à la gestion de la douleur chronique chez
la personne âgée atteinte de troubles cognitifs en centre d'hébergement**

par
Angélique Paquette

Université de Montréal
Faculté des Sciences Infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
et postdoctorales
en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M. S.c)
en sciences infirmières
option expertise conseil

Août, 2018

© Angélique Paquette, 2018

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :

**La collaboration dans l'équipe de soins quant à la gestion de la douleur chronique chez
la personne âgée atteinte de troubles cognitifs en centre d'hébergement**

présenté par :
Angélique Paquette

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Isabelle Brault
Présidente-rapporteur

Alain Legault
Membre du jury

Anne Bourbonnais
Directrice de recherche

Résumé

La majorité des personnes âgées demeurant en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) souffre de douleur chronique. Les études soulignent qu'elle est généralement sous-évaluée et sous-traitée. Les équipes de soins occupent une position privilégiée dans la gestion de la douleur qui, selon les écrits, est renforcée lorsque l'équipe collabore. Toutefois, peu d'études se sont intéressées à cette collaboration. Cette étude qualitative de cas multiples visait à mieux comprendre la collaboration au sein des équipes de soins quant à la gestion de la douleur chronique chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs en CHSLD. Quatre cas, chacun composé d'une infirmière, d'une infirmière auxiliaire et d'une préposée, ont été recrutés (n=12). Les données provenant des entrevues individuelles ont été analysées en respectant l'analyse thématique de Braun et Clarke (2006). Les résultats indiquent que certaines caractéristiques personnelles prédisposent davantage à la pratique collaborative que d'autres. D'un point de vue relationnel, la collaboration est influencée par la connaissance au plan personnel et professionnel des collègues, la qualité des relations, la présence d'objectifs communs ainsi que la capacité de résoudre des problèmes. Les résultats indiquent aussi que des éléments organisationnels, tels que les ressources humaines, le style de gestion de l'infirmière-chef ou encore le soutien des gestionnaires de l'organisation modulent la collaboration. En somme, les résultats fournissent des pistes sur la façon de favoriser la collaboration au sein des équipes de soins en CHSLD afin d'améliorer la gestion de la douleur chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs.

Mots clés : Collaboration, douleur chronique, personne âgée, troubles cognitifs, centre d'hébergement et de soins de longue durée, équipe de soins, étude de cas.

Abstract

Most older people living in a long-term care facility (LTCF) suffer from chronic pain. Studies have shown that chronic pain is often under-assessed and under-treated. According to the literature, nursing care teams are in a unique position for pain management that is strengthened when the team collaborates for pain management. However, few studies have focused on this collaboration. This qualitative multiple cases study aimed to understand better the collaboration in nursing care teams regarding the pain management of older people with cognitive impairment living in a LTCF. Four cases—each consisting of a nurse, a licensed practical nurse and a nurses' aide—were recruited (n=12). The data from the individual interviews were analyzed according to the thematic analysis of Braun et Clarke (2006). The results show that some personal characteristics predispose more to a collaborative practice than others. From a relational standpoint, collaboration is influenced by the personal and professional knowledge of colleagues, the quality of relationships, the presence of common goals and the ability to solve problems. Also, the results indicate that organizational elements, such as human resources, the management style of the head nurse or the support of organizational managers, modulate collaboration. Therefore, our results provide insights on how to facilitate the care team's collaboration in LTCF to improve the management of pain in older people with cognitive impairment.

Keywords: Collaboration, chronic pain, older person, cognitive impairment, long-term care facility, nursing care team, case study

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	ii
Liste des tableaux.....	v
Liste des figures.....	vi
Liste des abréviations	vii
Remerciements	viii
Chapitre 1 : Problématique.....	1
But et questions	8
Chapitre 2 : Recension des écrits.....	9
Phénomène de la douleur chez les personnes âgées	10
L'équipe de soins en centre d'hébergement et de soins de longue durée et la gestion de la douleur	17
La collaboration au sein des équipes de soins	25
Cadre de référence : Modèle de structuration de la collaboration	31
Chapitre 3 : Méthode.....	38
Devis de recherche et repères épistémologiques	39
Milieu	40
Échantillon.....	40
Déroulement de l'étude.....	42
Collecte des données	43
Analyse des données.....	45
Critères de scientificité	53
Considérations éthiques	54
Chapitre 4 : Résultats	57
Historique sur le contexte au moment de l'étude.....	58
Caractéristiques sociodémographiques des participantes	59
Présentation des cas	61

Présentation des thèmes	65
Chapitre 5 : Discussion	109
Discussion des principaux résultats.....	110
Considération méthodologique	125
Considération théorique.....	127
Limites de l'étude.....	128
Implication de l'étude	130
Conclusion	135
Références.....	137
Annexe A : Lettre d'explication.....	150
Annexe B : Lettre d'invitation	152
Annexe C : Affiche d'invitation	154
Annexe D: Guide d'entrevue semi-dirigée.....	156
Annexe E : Grilles d'extraction des données.....	160
Annexe F : Questionnaire sociodémographique	164
Annexe G : Liste des suffixes	166
Annexe H : Formulaire de consentement	168

Liste des tableaux

Tableau 1. Présentation des étapes de l'analyse thématique.....	46
Tableau 2. Exemple de codes sur un extrait de verbatim	48
Tableau 3. Exemple de compilation de codes d'une équipe.....	49
Tableau 4. Données sociodémographiques.....	60
Tableau 5. Présentation des thèmes et des sous-thèmes	67

Liste des figures

Figure 1. Relations des composantes de la douleur	13
Figure 2. Domaines inclus dans une évaluation holistique de la douleur	14
Figure 3. Modèle de la structuration de la collaboration interprofessionnelle	34
Figure 4. Hiérarchie de codes	51
Figure 5. Les dimensions de la coordination relationnelle	119
Figure 6. Le processus et les retombées du leadership transformationnel.....	123

Liste des abréviations

ASI : Assistante du supérieur immédiat

AVQ : Activité de la vie quotidienne

CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée

DVI : Double vérification infirmière

Inf. : Infirmière

Inf. aux. : Infirmière auxiliaire

FADM : Formulaire d'administration des médicaments

NOPPAIN : Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument

PAB : Préposée aux bénéficiaires

PACSLAC : Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate

PADE : Pain Assessment for the Dementing Elderly

PII : Plan d'intervention interdisciplinaire

Préposée : Préposée aux bénéficiaires

PRN : au besoin

PTI : Plan thérapeutique infirmier

Remerciements

Finalement, la fin de ce projet de maîtrise est arrivée. Ce projet, c'est un défi ainsi qu'un cadeau que je me suis offert. Évidemment, rien ne s'est passé comme prévu. Le parcours s'est avéré long et tortueux, parsemé de péripéties diverses, que ce soit sur le plan personnel, professionnel ou encore académique. Malgré tout, avec beaucoup de persévérance et de soutien, c'est maintenant derrière moi. Cette belle réalisation mérite de sincères remerciements pour les personnes qui m'ont entourée et soutenue tout au long de ce cheminement.

Tout d'abord, un tel projet ne peut être mené à terme sans le soutien d'une directrice exemplaire. Je me considère choyée d'avoir été dirigée par une personne aussi formidable que Dre Anne Bourbonnais. Malgré toutes les années qu'il m'a fallu pour terminer ce projet, son soutien s'est avéré indéfectible. Un énorme merci Anne pour ta générosité, ta disponibilité et ton éternel optimisme. Grâce à toi, je me suis transformée professionnellement, mais aussi personnellement. Merci d'avoir cru en moi et de ne jamais m'avoir laissé tomber !

Sans les participantes, ce projet n'aurait pas pu avoir lieu. Je vous remercie sincèrement de m'avoir consacré votre précieux temps. Votre disponibilité, votre générosité et votre ouverture ont contribué à la réalisation de ce projet. Je vous suis très reconnaissante !

Je tiens aussi à remercier ma famille ainsi que mes amies. Votre soutien de tout instant a été grandement apprécié, et ce, tout au long de ce parcours. Pour vos encouragements pratiquement quotidiens, un énorme merci à mes amies Nathalie Gervais et Céline Bourque ! Avoir partagé votre bureau aura été d'un soutien inestimable !

À mes enfants adorés, Malika et Nicolas. Merci mes amours pour votre soutien, dont les cafés *lattés* que vous m'avez préparés pour m'encourager à persévérer ! Vous êtes tout simplement des enfants en or !

Finalement, il m'est impossible de ne pas rendre hommage à Francis, l'homme qui partage ma vie depuis de nombreuses années. Je n'aurais pas pu espérer avoir une meilleure

moitié pour me permettre de relever ce défi. Un énorme merci pour tes perpétuels encouragements, pour ton soutien ininterrompu, d'être retourné à l'école pour m'accompagner les soirs de travaux ainsi que pour tous tes petits gestes posés quotidiennement pour me soutenir ! Sans toi à mes côtés, je n'y serais pas parvenue !

Chapitre 1 : Problématique

L'expérience de la douleur chronique est répandue chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Selon Lynch (2011), la prévalence de la douleur chronique est estimée à 65 % chez les personnes âgées vivant à domicile, mais ce taux serait de plus de 80 % chez les personnes âgées demeurant en centre de soins de longue durée (CHSLD), démontrant ainsi que la douleur chronique est très présente dans ce milieu. Par ailleurs, le phénomène de la douleur chronique peut avoir des conséquences non négligeables sur la qualité de vie de la personne, surpassant l'expérience sensorielle et émotionnelle désagréable (Marchand, 2009). Plusieurs études (Brown, 2010; Haasum, Fastbom, Fratiglioni, Kareholt et Johnell, 2011; Lin, Lin, Shyu et Hua, 2010; Zwakhalen, Hamers et Berger, 2007) rapportent les impacts négatifs reliés à la douleur chez les personnes âgées, dont : la diminution de la mobilité, les chutes, la dépression, l'agitation, l'anxiété, les problèmes de sommeil, une diminution de l'appétit et l'altération des fonctions cognitives. Contrairement à la douleur aiguë, il est beaucoup plus difficile de la détecter, et ce, particulièrement chez la personne âgée qui est atteinte de troubles cognitifs (Ni Thuathail et Welford, 2011). Afin de faciliter la prise en charge de la douleur chronique chez cette clientèle, des études suggèrent d'accroître la collaboration au sein des équipes de soins (Dobbs, Baker, Carrion, Vongxaiburana et Hyer, 2014; Karlsson, Sidenvall, Bergh et Ernsth-Bravell, 2013; Liu, 2014). Toutefois, bien que cela soit recommandé, peu d'études se sont intéressées à la gestion de la douleur chronique sous cet angle.

Selon la Commission de la santé et des services sociaux (2016), c'est plus de 36 000 personnes qui demeuraient en CHSLD au 31 mars 2015. L'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2014) rapporte que 80 % des résidents des CHSLD seraient atteints de troubles cognitifs. Au cours des dernières années, des restrictions budgétaires ont eu lieu et ne sont pas sans conséquence dans les CHSLD du Québec. Ces restrictions se sont, en partie, traduites par le remplacement de postes d'infirmières¹ par des postes de préposées² (Caron, 2013; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2013). La conséquence directe de cette décision est une augmentation des ratios résidents : infirmière

¹ L'utilisation du genre féminin a été adoptée afin de faciliter la lecture et n'a aucune intention discriminatoire.

² Afin d'alléger la lecture du document, le terme « préposée » a été retenu pour désigner la préposée aux bénéficiaires.

(Caron, 2013). De ce fait, il n'est pas surprenant de constater, dans un mémoire récent produit par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2014), que plusieurs problèmes ont été soulevés dans les CHSLD par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Parmi les problèmes identifiés, notons l'absence de directives infirmières pour les membres de l'équipe de soins, entre autres sur la gestion de la douleur chronique.

Bien que la douleur soit considérée comme le cinquième signe vital depuis plus de 15 ans (Department of Veterans Affairs, 2000), il n'en demeure pas moins que sa reconnaissance ainsi que son évaluation continuent de représenter un défi quotidien, et ce, particulièrement en ce qui concerne les personnes atteintes de troubles cognitifs (McAuliffe, Nay, O'Donnell et Fetherstonhaugh, 2009; Ni Thuathail et Welford, 2011; Tse et Ho, 2012). En effet, de nombreuses études mettent en évidence que la douleur chronique est généralement sous-évaluée et sous-traitée chez cette clientèle (Brown, 2010; Haasum et al., 2011; Husebo, Strand, Moe-Nilssen, Husebo et Ljunggren, 2010). Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce constat. Bien que non exhaustive, la revue des écrits effectuée par McAuliffe et al. (2009) présente des obstacles inhérents aux soignants dans la gestion de la douleur chez la personne atteinte de troubles cognitifs, par exemple : le manque de reconnaissance de la douleur, le manque de formation, l'absence de diagnostics expliquant la présence de douleur et l'absence de recours à des outils d'évaluation validés. Un autre facteur qui influence la sous-évaluation et le sous-traitement de la douleur concerne directement les troubles cognitifs des personnes âgées. Ces troubles limitent leur capacité à communiquer efficacement verbalement, entravant ainsi leur capacité à exprimer et à décrire l'expérience de douleur vécue (Buffum, Hutt, Chang, Craine et Snow, 2007). De plus, les comportements habituellement associés à la douleur peuvent être absents, différents, mal interprétés ou associés à un symptôme de démence complexifiant davantage l'évaluation de la douleur chronique (Zwakhlen, Hamers, Abu-Saad et Berger, 2006). À titre d'exemple, tel que rapporté dans l'article de Zwakhlen et al. (2006), la présence de douleur peut se traduire par de l'agressivité qui est souvent interprétée comme un trouble de comportement.

Afin de faciliter la gestion de la douleur chronique de la personne âgée atteinte de troubles cognitifs, il est reconnu qu'une bonne connaissance de la personne âgée est essentielle (Holloway et McConigley, 2009; McAuliffe et al., 2009). Avec un ratio résidents : infirmière

élevé, cette connaissance approfondie de la personne peut être plus difficile à atteindre, du moins pour l'infirmière. En effet, les autres personnes de l'équipe de soins, soit l'infirmière auxiliaire et la préposée, ont un ratio moins élevé leur permettant de mieux les connaître (Liu, 2014). Puisque la personne atteinte de troubles cognitifs exprime difficilement sa douleur, la reconnaissance de comportements indiquant la douleur est essentielle, telle que les expressions faciales, les comportements inhabituels ou des gémissements (Liu, Pang et Lo, 2012; Snow et al., 2004). Par sa proximité des personnes âgées hébergées, l'équipe de soins peut être un élément clé pour percevoir les changements subtils dans le comportement ou la façon d'être de la personne âgée. De ce fait, la collaboration au sein de l'équipe de soins est primordiale afin de permettre le transfert de l'information concernant les signes de douleur observés. Cependant, l'étude de Liu (2014) indique que de la passivité chez les préposées peut résulter de la non-reconnaissance de leur contribution par les infirmières, ce qui peut entraîner une réduction de l'échange d'informations pouvant avoir un impact sur les délais de traitements de la douleur. Ainsi, une meilleure collaboration entre les infirmières et le reste de l'équipe de soins permettrait de partager ces informations et d'améliorer la qualité des soins, dont la gestion de la douleur chronique (Karlsson et al., 2013; Liu, 2014).

Par ailleurs, certains facteurs sont considérés comme étant aidants dans l'évaluation de la douleur auprès de cette population, tel que de bien connaître la personne, de la formation sur la reconnaissance de la douleur et le processus de son évaluation ainsi que l'utilisation d'outils d'évaluation de la douleur (McAuliffe et al., 2009). Il est donc cohérent qu'au cours des deux dernières décennies, plusieurs études aient porté sur le développement de grilles d'évaluation de la douleur conçues pour évaluer les personnes atteintes de troubles cognitifs (Brown, 2010; Horgas, Nichols, Schapson et Vietes, 2007; Ni Thuathail et Welford, 2011; Zwakhalen et al., 2007); tandis que d'autres ont évalué l'impact de programmes de formation visant à accroître les connaissances et les compétences des infirmières en lien avec le problème de douleur chronique chez les personnes atteintes de troubles cognitifs (Baier et al., 2004; Long et al., 2010; Tse et Ho, 2012). De plus, quelques études se sont intéressées aux capacités des préposées à reconnaître la douleur chez les résidents (Dobbs et al., 2014; Karlsson et al., 2013; Liu, 2014). Par exemple, l'étude de Liu (2014) démontre que les préposées peuvent reconnaître efficacement la douleur. Un élément important associé à cette reconnaissance par les préposées

est leur connaissance approfondie des résidents. Karlsson et al. (2013) recommandent d'ailleurs d'accroître l'implication des préposées dans la gestion de la douleur.

Bien qu'étant reconnues comme étant en mesure de contribuer à la détection de la douleur (Cervo et al., 2007; Chen, Lin et Watson, 2010; Karlsson et al., 2013; Liu, 2014), des embûches peuvent être rencontrées par les préposées, incluant le manque de reconnaissance de la part des infirmières quant à leur apport potentiel à la gestion de la douleur (Holloway et McConigley, 2009; Liu, 2014). Cet obstacle peut avoir des conséquences négatives, telles que de ne pas aviser l'infirmière de leurs observations, à moins que cela ne soit absolument requis, ce qui peut retarder les interventions infirmières (Mentes, Teer et Cadogan, 2004). Il semble donc que la reconnaissance des infirmières quant aux apports des préposées pourrait influencer leur collaboration dans la gestion de la douleur et aurait ainsi une incidence sur la qualité des soins octroyés.

Afin de mieux distinguer la contribution possible de chacune des membres de l'équipe de soins à la gestion de la douleur chronique chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs, nous décrirons brièvement les fonctions de chacune. Tout d'abord, les préposées représentent la majorité des soignants présents dans les CHSLD. Leurs principales fonctions concernent les activités de la vie quotidienne (AVQ), dont l'aide à la mobilité, à l'hygiène et à l'habillement (Gouvernement du Québec, 2018). En raison de leurs activités, ce sont elles qui passent le plus de temps auprès des résidents, leur permettant ainsi de bien connaître les habitudes particulières de chaque personne âgée et, de ce fait, d'être à l'affût de tous les changements qui surviennent.

Ensuite, le deuxième groupe le plus présent dans les CHSLD est celui des infirmières auxiliaires. Selon le code des professions (Assemblée nationale du Québec, mis à jour le 1er décembre 2015a, article 37), leurs fonctions consistent à « contribuer à l'évaluation de l'état de santé d'une personne et à la réalisation du plan de soins, prodiguer des soins et des traitements infirmiers et médicaux [...] ». Les infirmières auxiliaires se distinguent donc des préposées puisque celles-ci peuvent, entre autres, contribuer à la collecte d'information pour documenter une situation douloureuse ainsi qu'administrer une médication prescrite au besoin pour la soulager.

Finalement, ayant un rôle de leader de l'équipe de soins, les fonctions de l'infirmière se définissent comme suit :

L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs. (Assemblée nationale du Québec, mis à jour le 1^{er} décembre 2015b, article 36)

Ainsi, à la suite de son évaluation et grâce aux informations obtenues de l'infirmière auxiliaire et de la préposée, l'infirmière doit établir un plan de soins personnalisé afin de répondre aux besoins de la personne âgée. Ce plan détermine ce qui est attendu de chacune des membres de l'équipe de soins et permet d'assurer la continuité des soins entre les équipes de soins. L'apport de chacune des membres est donc essentiel afin d'obtenir une connaissance précise de la situation pour ainsi octroyer des soins personnalisés de qualité.

À ces fonctions s'ajoutent les obligations légales et éthiques qui ne peuvent être passées sous silence. Déjà en 1948, la Déclaration universelle des droits de l'homme stipulait à l'article 5 que « Nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. ». À ce sujet, l'*International Association for the Study of Pain* (2015) mentionne que de ne pas procéder à l'évaluation de la douleur et de la soulager représente une violation de cet article. De ce point de vue, l'*International Association for the Study of Pain* (2015) affirme que c'est un droit d'obtenir une prise en charge appropriée de la douleur, ce qui nécessite des professionnels adéquatement formés. Dans le même ordre d'idée, la loi sur les infirmières et infirmiers (Assemblée nationale du Québec, mis à jour le 1^{er} décembre 2015b, article 36.10) ordonne à l'infirmière d'effectuer le suivi infirmier de toutes personnes présentant un problème de santé complexe, ce qui comprend la douleur. Finalement, en ce qui concerne l'éthique, mentionnons les principes de bienfaisance et de non malfaisance qui sont directement concernés lorsqu'il est question de gestion de la douleur, pour ne nommer que ceux-ci (Herr et al., 2006; Herr, Coyne, McCaffery, Manworren et Merkel, 2011).

Considérant la complexité de la gestion de la douleur chronique, la complémentarité des rôles ainsi que les obligations légales et éthiques, il s'avère important que les membres de l'équipe de soins unissent leurs forces afin d'offrir des soins optimaux aux personnes âgées atteintes de troubles cognitifs. Plusieurs organisations canadiennes ont produit des documents portant sur la collaboration (Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, 2010; Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2006; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Collège des Médecins du Québec et Ordre des Pharmaciens du Québec, 2015; ProfessionsSantéOntario, 2010). Parmi les avantages de la collaboration, notons de meilleurs résultats pour les personnes atteintes de maladie chronique, une diminution des tensions ainsi que des conflits entre les soignants, une meilleure utilisation des ressources cliniques sans parler de la diminution du taux de roulement du personnel (ProfessionsSantéOntario, 2010).

À ce jour, de nombreuses définitions de la collaboration sont disponibles (Bookey-Bassett, Markle-Reid, McKey et Akhtar-Danesh, 2017; D'Amour, Ferrada-Videla, San Martin Rodriguez et Beaulieu, 2005). Par contre, une revue de la littérature réalisée par D'Amour et al. (2005) souligne que quatre concepts seraient généralement communs dans les définitions de la collaboration, soit le partage, le partenariat, l'interdépendance ainsi que le pouvoir. La collaboration se distingue donc du travail d'équipe qui serait plutôt relié aux concepts de multidisciplinarité, interdisciplinarité ainsi que transdisciplinarité (D'Amour et al., 2005). Dans le cadre de sa thèse doctorale, D'Amour (1997) présente ainsi sa conception de la collaboration interprofessionnelle :

[...] la structuration d'une action collective à travers le partage de l'information et la prise de décision dans les processus cliniques. Elle résulte d'un processus d'interaction entre les acteurs, des acteurs avec la structure organisationnelle et de ces deux éléments avec des structures englobantes. (p. 104)

Dans ce contexte, une structure englobante fait référence aux influences possibles autres qu'organisationnelles, dont les structures éducationnelles, professionnelles ou encore juridiques (D'Amour, 1997). Cette définition permet de concevoir la collaboration dans toute sa

complexité en considérant les interactions entre les membres d'une équipe, avec l'organisation en plus de reconnaître l'existence d'influences extérieures à l'organisation.

Afin de mieux conceptualiser la collaboration, différents modèles ont été élaborés, tel que présenté dans D'Amour et al. (2005). Dans le cadre de ce projet, le modèle utilisé sera celui de la structuration de la collaboration interprofessionnelle développé par D'Amour (1997) et raffiné dans D'Amour, Goulet, Labadie, Martin-Rodriguez et Pineault (2008). Ce modèle permet d'analyser et de comprendre la collaboration à partir de quatre dimensions, soit la finalisation, l'intériorisation, la formalisation ainsi que la gouvernance. Ces dimensions sont en interaction et s'influencent mutuellement (D'Amour et al., 2008). De plus, ce modèle présente l'avantage de considérer la complexité des facteurs influençant la collaboration, soit les éléments propres à l'organisation ou aux relations interpersonnelles entre les membres d'une l'équipe en plus de tenir compte des structures englobantes.

But et questions

Cette étude a donc pour but de mieux comprendre la collaboration au sein de l'équipe de soins quant à la gestion de la douleur chronique chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs en CHSLD.

Afin de répondre au but de l'étude, les questions de recherche étaient :

1. Quelles sont les perceptions des membres de l'équipe de soins quant à leur rôle dans la gestion de la douleur chronique ?
2. Quelles sont les perceptions des membres de l'équipe de soins quant au rôle de leurs collègues de l'équipe de soins quant à la gestion de la douleur chronique chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs ?
3. Quels sont les éléments qui influencent la collaboration au sein de l'équipe de soins quant à la gestion de la douleur chronique chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs ?

Chapitre 2 : Recension des écrits

Ce chapitre présente la recension des écrits qui appuie le but de l'étude. Elle est divisée en quatre thèmes. Elle commence par une présentation du phénomène de la douleur afin de mieux en comprendre la complexité. Ensuite, un tableau est brossé en ce qui concerne la position de l'équipe de soins quant à la gestion de la douleur chronique chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs. Par la suite, un portrait de la collaboration est présenté pour finalement exposer le cadre de référence qui sera utilisé pour cette étude.

Cette revue des écrits a été effectuée à partir des bases de données CINAHL, PsycINFO, Medline, Google ainsi que Google Scholar afin de recueillir le plus grand nombre possible d'articles pertinents. Diverses combinaisons de mots clés ont été utilisées à partir des mots : « pain », « chronic pain », « nursing home », « long-term care facility », « dementia », « cognitive impairment », « cognitive disorder », « Alzheimer disease » et « collaboration ». La recherche a été limitée aux articles de 2000 à 2016, de langue française ou anglaise. Les articles portant sur la validation d'outils d'évaluation de la douleur, l'évaluation de programmes de formation pour améliorer les connaissances, ou encore visant d'autres clientèles que les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs, telles les personnes atteintes de cancer, ont été exclus. Une synthèse de cette revue des écrits a été publiée dans *La Gérotoise* (Paquette et Bourbonnais, 2017).

Phénomène de la douleur chez les personnes âgées

La douleur est un phénomène universel qui est considéré comme essentiel à la survie (Marchand, 2009). En effet, servant de signal d'alarme, elle permet d'aviser le corps d'une blessure et elle diminue généralement en suivant le processus de guérison permettant ainsi d'en suivre l'évolution (D'Arcy, 2010; Marchand, 2009). L'*International Association for the Study of Pain* propose cette définition de la douleur sur leur site internet : « Une expérience sensorielle et émotionnelle déplaisante associée à un dommage actuel ou potentiel, ou décrit en de tels termes » [traduction libre]. À ce jour, la douleur est donc caractérisée par sa subjectivité ainsi que par l'absence d'examen médicaux permettant de la quantifier de façon objective (Marchand, 2009; Savoie, 2008). Cependant, des recherches sont en cours afin d'objectiver la douleur, par exemple, par l'identification de biomarqueurs (Akinci et al., 2016; Dawson et al.,

2016; Malatji et al., 2017). Par contre, d'autres recherches sont nécessaires afin de bien comprendre le rôle des biomarqueurs (Dawson et al., 2016) ainsi que pour établir des recommandations précises sur leurs utilisations (Akinci et al., 2016).

Deux grandes catégories de douleur sont reconnues, soit la douleur aiguë et la douleur chronique. La douleur aiguë est celle survenant à la suite, par exemple, d'un traumatisme ou une chirurgie (D'Arcy, 2010; Lynch, 2011; Marchand, 2009). Par ailleurs, la douleur chronique, aussi appelée persistante, est celle qui perdure au-delà de la période normale de rétablissement ou qui est secondaire à une pathologie chronique (Lynch, 2011). Selon les écrits, on classifie généralement une douleur de chronique lorsqu'elle perdure plus de trois mois (Lynch, 2011) ou six mois (Marchand, 2009).

Plusieurs pathologies que l'on retrouve chez la personne âgée peuvent expliquer la présence de la douleur chronique. Selon D'Arcy (2010), les conditions médicales sont généralement les suivantes :

- Fracture par compression vertébrale secondaire à l'ostéoporose;
- Arthrite;
- Neuropathie diabétique;
- Mauvaise circulation secondaire au manque de mobilité ou à une variété de processus pathologiques tels que l'athérosclérose;
- Traumatisme résultant de chutes;
- Maux de tête.

McAuliffe et al. (2009) mentionnent que la connaissance des problèmes de santé de la personne âgée permet de mieux comprendre la présence de douleur. En effet, cette connaissance permet de faire des liens et ainsi de mieux se l'expliquer, mais dans certains cas, aucune pathologie clairement établie n'explique la présence de la douleur chronique (D'Arcy, 2010). Même si elle ne peut être expliquée d'un point de vue pathologique, la douleur nécessite d'être reconnue et d'être prise en charge puisque même une douleur de faible intensité devient exaspérante lorsqu'elle est persistante (Marchand, 2009).

La complexité du phénomène de la douleur découle, entre autres, de son aspect multidimensionnel. Généralement, quatre dimensions interreliées sont mentionnées (Allaz, 2003; Misson, Savoie, Aubin, Hadjistavropoulos et Verreault, 2011). La première, la composante sensori-discriminative correspond au processus de transmission du signal douloureux. C'est grâce à cette composante qu'il est possible de localiser et de quantifier la douleur (Allaz, 2003; Misson et al., 2011). La seconde est la composante cognitive qui réfère à l'ensemble du processus cognitif vécu lors de la douleur. Les distractions, les expériences passées ou les significations que l'on attribue à la douleur influencent la façon de réagir en cas de douleur (Allaz, 2003; Misson et al., 2011). La troisième dimension, la composante affective-émotionnelle, correspond aux qualificatifs que l'on attribue à la douleur, comme désagréable ou pénible (Allaz, 2003). L'incertitude sur l'issue d'un problème de santé ou la signification attribuée à la maladie régulent la composante affective-émotionnelle. Par exemple, la douleur ressentie lors d'un accouchement normal est associée à un événement positif. Bien qu'intense, cette douleur risque donc d'être considérée comme moins désagréable que la douleur abdominale secondaire à une gastro-entérite. Finalement, la composante comportementale correspond au comportement pouvant témoigner de la présence de la douleur, tel qu'un faciès crispé ou des gémissements (Allaz, 2003; Misson et al., 2011). Ces comportements sont considérés essentiels pour détecter la présence de douleur chez les personnes ne pouvant exprimer verbalement leur douleur (Marchand, 2009). Par contre, considérant qu'une personne pourrait simuler les comportements associés à la douleur, les comportements ne permettent pas d'évaluer l'intensité de la douleur chez une personne (Marchand, 2009). Par ailleurs, les comportements verbaux ou non verbaux sont teintés par différents facteurs dont le sexe, l'ethnie, l'environnement familial ainsi que par les apprentissages antérieurs (Allaz, 2003; Misson et al., 2011). La figure 1 illustre les liens unissant les dimensions de la douleur.

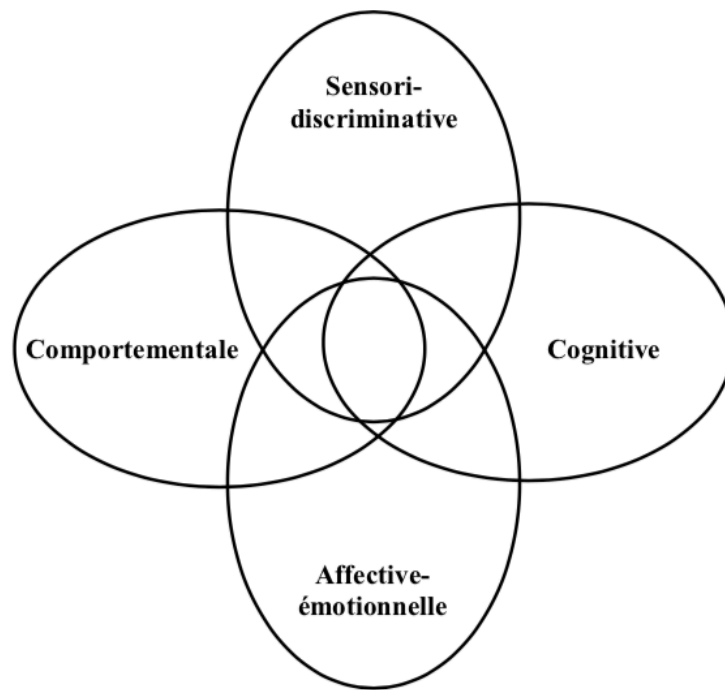


Figure 1. Relations des composantes de la douleur (Inspiré du modèle de Loeser présenté dans Marchand, 2009)

Considérant la complexité du phénomène de la douleur, un groupe interdisciplinaire d'experts s'est particulièrement intéressé à la douleur chez la personne âgée. Dans leur article, Hadjistavropoulos et al. (2007) ont proposé un schéma d'évaluation holistique de la douleur, divisé en trois volets, illustrant l'ensemble des facteurs qui se doit d'être considéré afin que la douleur soit évaluée de façon holistique. Tel que présenté dans la figure 2, le premier volet correspond à l'évaluation initiale et le suivi de la douleur, incluant l'auto-évaluation et l'observation comportementale de la douleur. Le second volet correspond à l'examen physique, dont l'évaluation sensorielle, fonctionnelle ainsi que l'évaluation de la pharmacologie. Le dernier volet fait référence à l'évaluation de l'ensemble des autres facteurs influençant la douleur, dont les stratégies d'adaptation, les fonctions affectives et cognitives.

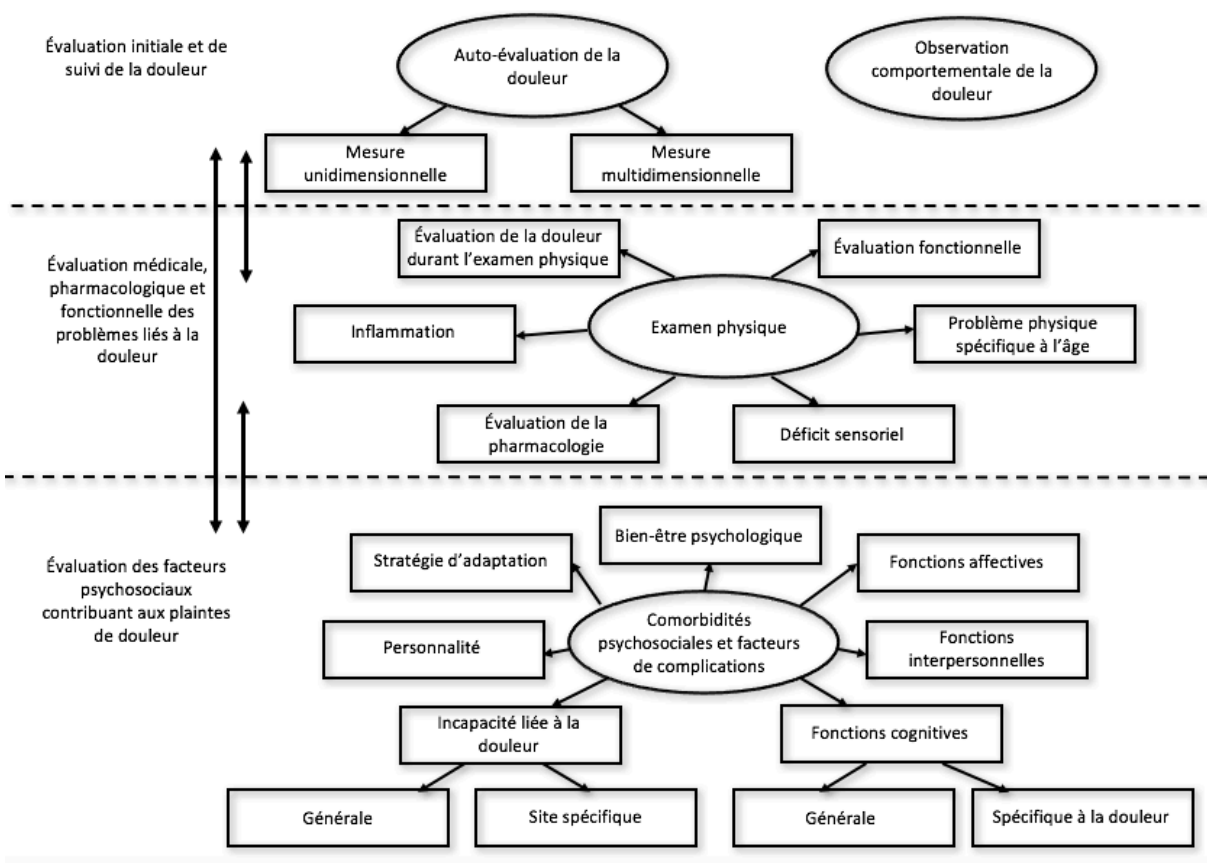


Figure 2. Domaines inclus dans une évaluation holistique de la douleur (Tiré de Hadjistavropoulos et al., 2007, p. S5 [traduction libre])

L'ensemble de ces éléments devrait être utilisé afin d'établir les écarts entre l'état actuel et l'état habituel ce qui permet de déterminer un plan de traitement adapté ainsi des objectifs réalistes et personnalisés quant à la gestion de la douleur (Hadjistavropoulos et al., 2007). Considérant les multiples facettes de la douleur, tel que présentées dans ce schéma, la collaboration est considérée essentielle dans la gestion de la douleur chronique, incluant la participation des préposées, et ce, particulièrement lorsqu'il est question des personnes avec des troubles cognitifs (Hadjistavropoulos et al., 2007).

En effet, des défis supplémentaires s'ajoutent à la gestion de la douleur lorsqu'une personne est atteinte de troubles cognitifs. Tel que rapporté par Hadjistavropoulos et al. (2007) et par Haasum et al. (2011), bien que la prévalence de la douleur soit similaire chez les personnes

âgées et les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs, ces derniers rapportent moins leur douleur. En fait, les atteintes cognitives dont souffrent ces personnes limitent leur capacité de se souvenir de leur douleur, de bien comprendre les questions (Burns et McIlfatrick, 2015) ainsi que leur capacité à la communiquer (Hadjistavropoulos et al., 2007). Malgré cela, l'auto-déclaration est considérée comme la source la plus fiable dans l'évaluation de la douleur (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2013; Hadjistavropoulos et al., 2007; Herr et al., 2011). Bien que les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs présentent une difficulté à verbaliser ou à montrer physiquement leur douleur, elles demeurent généralement en mesure de rapporter certaines informations concernant leur douleur, lorsque questionnées (Hadjistavropoulos et al., 2007). Par ailleurs, la revue de la littérature de McAuliffe et al. (2009) mentionnent d'autres barrières rencontrées dans la gestion de la douleur des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs tels que le manque de certitude sur la présence de la douleur, la possibilité qu'il n'y ait pas de douleur, et ce, malgré la présence d'une pathologie douloureuse, la difficulté de détecter la douleur chronique qui n'est pas associée à des changements au niveau des paramètres physiologiques et finalement, l'attitude stoïque que l'on retrouve chez certaines personnes qui pourrait être secondaire, entre autres, à des croyances en lien avec la douleur, dont la normalité de la douleur, voire de la résignation face à celle-ci.

Lignes directrices/recommandations. Au fil des ans, plusieurs lignes directrices, articles scientifiques et livres exposant leurs recommandations quant à la gestion de la douleur chronique chez la personne atteinte de troubles cognitifs ont paru tels que ceux de Herr et al. (2011), Herr et al. (2006), Hadjistavropoulos et al. (2007), Royal College of Physicians, British Geriatrics Society et The British Pain Society (2007) ou plus proche de nous de la Société Alzheimer du Canada (2011), l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2013) et Voyer (2013). Ces guides cliniques recommandent des interventions similaires. Les principales sont :

- ✓ *Être à l'affût de la présence de douleur.* Considérant la prévalence de la douleur chronique chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs, il importe de procéder au dépistage de douleur lors de la visite d'un professionnel de la santé.

- ✓ *Auto-évaluation.* Bien que pour la personne atteinte de troubles cognitifs cette étape soit difficile, il est recommandé de toujours tenter d'obtenir une auto-évaluation de la douleur en posant des questions simples.
- ✓ *Rechercher les causes possibles de douleur.* Pour se faire, il est nécessaire de procéder à l'examen physique pour tenter de décrire le plus précisément la douleur et de considérer les comorbidités pouvant expliquer la présence de la douleur.
- ✓ *Observer le comportement.* Des changements dans le comportement habituel, tel que l'expression faciale, la routine ou l'état mental, peuvent indiquer la présence de la douleur.
- ✓ *Utiliser un outil d'évaluation comportementale de la douleur adaptée pour une clientèle atteinte de troubles cognitifs.* Ce type d'outil aide à déterminer la présence de douleur lorsqu'une personne est incapable de la communiquer.
- ✓ *Valider auprès d'un tiers.* La famille ainsi que les préposées sont considérées comme des personnes clés pour aider à identifier la présence de la douleur en raison de leur familiarité avec la personne âgée.
- ✓ *Traiter.* Tenter de soulager la douleur en administrant un analgésique, tout en gardant en mémoire la règle d'or qui est : *start low and go slow*.
- ✓ *Réévaluer.* La réévaluation en utilisant le même outil est essentielle afin de s'assurer que le traitement instauré est efficace. Au besoin, le plan établi doit être réajusté.

En ce qui concerne les outils d'évaluation comportementale de la douleur chronique chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs, 28 outils ont été recensés par la revue systématique de Lichtner et al. (2014), dont le *Abbey Pain Scale*, *Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument (NOPPAIN)*, *Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC)* et *Pain Assessment for the Dementing Elderly (PADE)*. Cependant, selon ces auteurs, un manque de résultats probants sur la fiabilité, la validité et l'utilité clinique de ces outils empêche d'en recommander un en particulier.

De plus, tous s'entendent pour dire que la collaboration est requise afin d'obtenir une vision holistique de la personne âgée, incluant celle des préposées (Hadjistavropoulos et al., 2007). Considérant la complexité de la situation, il s'avère pertinent de s'attarder aux perceptions des membres de l'équipe de soins qui pourraient être impliquées dans cette collaboration.

L'équipe de soins en centre d'hébergement et de soins de longue durée et la gestion de la douleur

Cette section est divisée en trois parties. Tout d'abord, les articles portant sur la douleur chronique en hébergement et qui incluent diverses membres³ de l'équipe de soins sont présentés. Par la suite, un portrait est dressé pour ceux qui porte sur titre d'emploi précis, tout d'abord ceux sur les préposées, puis ceux sur les infirmières.

Diverses membres de l'équipe de soins. Deux études qualitatives américaines se sont intéressées à la perception des infirmières et des infirmières auxiliaires quant à la gestion de la douleur chronique chez la personne âgée, soit celle de Kovach, Griffie, Muchka, Noonan et Weissman (2000) et de Gropelli et Sharer (2013). Dans ces deux études, le manque de formation a été mentionné comme difficulté à l'évaluation de la douleur et ce, malgré que les personnes ayant participé à l'étude de Kovach et al. (2000) aient reçu de la formation sur la gestion de la douleur. Cette formation a d'ailleurs eu des effets sur les perceptions des infirmières quant aux narcotiques puisqu'elles en avaient généralement une vision plus positive, ce qui pourrait ne pas correspondre à la majorité des autres infirmières, dont celle de l'étude de Gropelli et Sharer (2013). Pour sa part, l'étude de Gropelli et Sharer (2013) a permis d'identifier deux éléments pertinents à la présente étude. Le premier élément réfère à l'absence de plan de soins individualisé, et ce, bien que l'unicité de l'expérience douloureuse soit reconnue. Dans cette étude, un plan de soins standardisé était plutôt utilisé, sans prendre en considération les particularités de chacun. Le second élément souligne les difficultés au plan de la communication

³ Par souci de cohérence avec l'utilisation du genre féminin et en conformité avec les recommandations de l'Office québécois de la langue française, le terme « membre » est utilisé au féminin. À titre d'exemple, il sera indiqué « toutes les membres » ou encore « différentes membres ».

au sein de l'équipe. En fait, bien que l'utilisation d'outils d'évaluation de la douleur aurait amélioré la communication entre les infirmières et le médecin, il persistait des difficultés de communication entre les membres de l'équipe de soins, tant au plan verbal qu'écrit. Malheureusement, aucun détail n'est donné concernant les outils de communication ou moment d'échange planifié avec le reste de l'équipe de soins ou même entre les infirmières. De plus, un élément marquant est que seulement deux participantes sur 16 ont reconnu la valeur des préposées dans la gestion de la douleur. Toutefois, il n'est pas mentionné si cette reconnaissance provenait d'infirmières ou d'infirmières auxiliaires. Considérant ces résultats, Gropelli et Sharer (2013) soulignent l'importance de la communication efficace ainsi que du travail d'équipe afin d'améliorer la gestion de la douleur. Cependant, il est difficile de transposer ces résultats au CHSLD du Québec, puisque peu d'informations sont disponibles sur les caractéristiques des milieux dans ces deux études. De plus, l'étude de Gropelli et Sharer (2013) n'était pas spécifique aux personnes âgées atteintes de troubles cognitifs ce qui aurait peut-être entraîné des résultats différents.

Par ailleurs, plusieurs recherches dans le domaine de la douleur chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs ont soulevé des barrières dans la gestion de la douleur. Cela a permis à McAuliffe et al. (2009) de réaliser une revue de littérature sur ce sujet où le processus détaillé de recherche d'articles, utilisant plus de dix bases de données en plus d'avoir considéré la littérature grise, est présenté permettant ainsi sa réplique. Au total, dix articles ont été retenus ayant généralement un niveau d'évidence jugé crédible. Basé sur le *Joanna Briggs Institute Levels of Evidence for Qualitative Studies*, McAuliffe et al. (2009) indique qu'il y a trois niveaux d'évidence soit : évidence sans équivoque, crédible ou non soutenue. Selon cette classification, un niveau d'évidence crédible signifie que les résultats présentés dans l'écrit semblent cohérents avec les données tel qu'établi par un processus interprétatif, mais qu'elles pourraient être remise en question étant en raison de cette nature interprétative. Les participants à ces études étaient variés, soit des gestionnaires, des infirmières, des infirmières auxiliaires ainsi que des préposées, en plus de l'étude de Kaasalainen et al. (2007) qui incluait des infirmières et des médecins. La présentation des résultats est divisée en trois sections, soit à partir du personnel, de la personne atteinte de troubles cognitifs, pour ensuite finir avec les pistes de solutions possibles. Au niveau du personnel, quatre thèmes ont été dégagés. Premièrement,

un manque de reconnaissance de la douleur est soulevé, empêchant de la diagnostiquer et d'établir un plan de soins adapté. Cette situation serait encore plus fréquente chez la personne atteinte de troubles cognitifs légers qui aurait pourtant la capacité de l'exprimer plus facilement. Deuxièmement, le manque de formation limiterait la prise en charge adéquate de la douleur. Un exemple illustrant cette situation est de supposer qu'un comportement qui dérange est simplement un trouble de comportement secondaire aux troubles cognitifs plutôt que d'envisager d'autres causes, dont la présence de douleur. Troisièmement, une mauvaise interprétation des symptômes entraînerait un mauvais diagnostic de la part des médecins, comme l'exemple précédent le démontrait. Finalement, la non-utilisation d'un outil d'évaluation de la douleur adaptée pour cette clientèle est identifiée comme un obstacle à la précision des évaluations. Bien que ces données soient intéressantes, les résultats sont spécifiques aux difficultés rencontrées lors de l'acte de l'évaluation de la douleur, mais considèrent peu les obstacles reliés à d'autres facteurs, tels que la communication, la présence ou non de protocole ou encore une description claire des rôles des membres de l'équipe de soins. L'absence de ces éléments ne permet donc pas l'obtention d'une vision globale des barrières existantes. Par ailleurs, la diversité des participants et le manque de précision sur leur composition limite la transférabilité.

Membre de l'équipe de soins : la préposée. Quelques études se sont intéressées aux préposées. Tout d'abord, Liu (2014) a mené une étude qualitative à Hong Kong visant à explorer et décrire le rôle des préposées quant à la gestion de la douleur chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs. À l'aide d'entrevues individuelles et de groupes, la collecte de donnée s'est déroulée auprès d'un échantillon composé de 49 préposées provenant de 12 résidences pour personnes âgées. À Hong Kong, les préposées détiennent une formation d'au moins sept semaines. Elles s'occupent principalement des AVQ, mais ont aussi une courte formation en administration des médicaments qu'elles peuvent effectuer sous la supervision d'une infirmière. Quatre thèmes ont émergé de cette étude. Premièrement, les résultats ont révélé que les préposées sont en mesure de contribuer à l'évaluation de la douleur. Par leur proximité et leur familiarité avec la personne âgée, les préposées sont plus susceptibles de reconnaître les changements subtils chez elle, dont les signes de douleur. Deuxièmement, selon les résultats de cette étude, les préposées servent d'intermédiaire entre la personne âgée atteinte de troubles

cognitifs et l'infirmière en rapportant les signes de douleur observés. Bien que ce rôle soit important, une attitude passive a été notée chez certaines préposées qui pourraient être attribuable à un sentiment d'impuissance et à un manque de soutien de la part des infirmières à qui elles doivent répéter plusieurs fois leurs observations avant que des actions ne soient prises. Troisièmement, les préposées ont rapporté se percevoir comme des subordonnées à la mise en place d'interventions pharmacologiques puisqu'elles se sentent exclues des décisions qui sont prises. Par ailleurs, l'auteure souligne que la proximité et la familiarité qu'ont les préposées avec les résidents pourraient leur permettre de contribuer à observer l'efficacité d'un traitement. Cependant, les participantes à la recherche n'avaient pas l'impression que cela était attendu d'elles. Finalement, les préposées ont décrit détenir un rôle d'initiatrice d'approches non pharmacologiques, telles que d'utiliser la distraction ou la réassurance. En somme, cette étude décrit qu'il est généralement attendu des préposées d'observer et de transmettre leurs observations aux infirmières. L'étude souligne aussi que la contribution à la gestion de la douleur des préposées a tendance à être ignorée par les infirmières. Ce manque de reconnaissance contribue à induire un sentiment de frustration chez les préposées. Parmi les recommandations qui sont émises, mentionnons le besoin d'accroître la cohésion au sein de l'équipe afin d'améliorer la gestion de la douleur des résidents. Parmi les limites de cette étude, il est mentionné par l'auteur que trois des entrevues de groupes comportaient un nombre inférieur de participantes à ce qui est recommandé. Cependant, considérant le nombre élevé de participantes pour une étude qualitative, il est possible de penser que cela vient contrebalancer cette situation. Par ailleurs, un des rôles de la préposée à Hong Kong est l'administration des médicaments, ce qui n'est pas le cas des préposées qui travaillent dans les CHSLD du Québec. Cette différence dans la conceptualisation du rôle limite le transfert des résultats à la situation des préposées au Québec.

Les résultats de cette étude vont dans le même sens que l'étude des Australiennes Holloway et McConigley (2009) qui ont procédé à une étude qualitative de type exploratoire et descriptif auprès de six préposées provenant de trois résidences de plus de 55 résidents. Deux résidences étaient pour des personnes semi-autonomes et la troisième était pour des personnes en grande perte d'autonomie. L'objectif de cette étude était d'examiner leur expérience de prendre soin d'une personne ayant de la douleur. Tout comme à Hong Kong, les préposées

s'occupent des AVQ ainsi que de l'administration de la médication. Par contre, la majorité des participantes de cette étude n'avait pas de formation. La collecte de données a été réalisée à partir d'entrevues semi-dirigées d'une durée de 20 à 40 minutes. Deux thèmes ont émergé, dont le premier qui est le « parfait positionnement » en référence à leur rôle central. Cinq catégories sont reliées à ce thème, soit « être au premier plan », « la connaissance du résident », « l'attachement émotionnel », « la satisfaction de bien faire son travail » ainsi que le « travail d'équipe ». En ce qui concerne la notion de travail d'équipe, les participantes en mentionnent l'importance, mais surtout dans le sens de travail d'équipe entre préposées. En effet, la lourde perte d'autonomie des résidents pouvait nécessiter que les soins soient prodigués par deux préposées. De plus, quand un problème survenait, elles discutaient ensemble afin d'établir les interventions à entreprendre. Par contre, elles ont exprimé se sentir en bas de la hiérarchie et ne pas être considérées dans les prises de décisions, et ce, malgré leur rôle central. Le second thème est le « rôle étendu » qui englobe deux catégories, soit « jugement clinique » ainsi que « ténacité ». La catégorie du jugement clinique comprend la capacité de la préposée à reconnaître la douleur, mais aussi des décisions sur les actions à prendre. Trois types d'action sont ressortis soit, d'intervenir, de communiquer le problème ou de l'ignorer. En ce qui concerne la ténacité, il fait référence au rôle d'*advocacy* que les préposées se reconnaissaient, car elles devaient régulièrement relancer les infirmières pour que des actions soient entreprises afin de soulager les résidents. Elles mentionnaient d'ailleurs que le soulagement de la douleur ne semblait pas être une priorité pour les infirmières. Bien que l'échantillon de cette étude soit petit, les auteurs mentionnent que la saturation des données a été obtenue. Par ailleurs, il est mentionné que dans les trois résidences où s'est déroulée l'étude, seulement une avait une infirmière de façon régulière. Pour ce qui est des deux autres résidences, l'infirmière était disponible seulement sur appel, limitant ainsi son accessibilité. Il n'est d'ailleurs pas indiqué si des distinctions avaient été identifiées en lien avec cette différence d'accessibilité à l'infirmière. Il est cependant possible de penser que la situation pourrait être différente, entre autres, en ce qui concerne le rôle d'*advocacy*, lorsqu'une infirmière est constamment disponible. De plus, le contexte diffère du système québécois où les préposées ne gèrent pas la médication dans les CHSLD et où une infirmière est constamment disponible, limitant ainsi le transfert des résultats au contexte québécois.

Sous un autre angle, l'étude qualitative suédoise de Karlsson et al. (2013) s'est quant à elle attardée à interpréter les perceptions des préposées quant à la douleur chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs en résidence à l'aide d'une étude phénoménologique herméneutique. En Suède, les préposées ont une formation théorique et pratique d'une durée de 18 à 36 mois. Elles s'occupent des soins de base des résidents. Cette recherche s'est déroulée auprès de 14 préposées provenant de deux unités par des entrevues semi-dirigées de 40 à 55 minutes. Trois principaux thèmes ont émergé. Le premier, « *Being in the facing* », réfère à la capacité de reconnaître les signes de douleur, comme le faciès crispé ou le sommeil qui est perturbé. Le deuxième, « *Being in a reflecting* », renvoie à la réflexion de la préposée à propos des signes constatés chez une personne âgée afin de leurs trouver une explication, dont la possibilité de la présence de douleur. Cette réflexion peut se faire seule ou en discutant avec ses collègues. La connaissance de l'état habituel de la personne est soulignée comme étant un élément aidant à la réflexion. Il ressort de ce thème la frustration des préposées de ne pas être prises au sérieux ou d'être ignorées par les infirmières, comme déjà soulevé par les études de Liu (2014) et de Holloway et McConigley (2009). Finalement, « *Being in the acting* », fait référence aux actions entreprises pour comprendre la situation, comme l'examen de l'état de la peau lors des soins d'hygiène, ou encore par l'approche qui sera empreinte de compassion et de protection lorsque la douleur entraîne des symptômes dépressifs tels que l'anxiété ou l'apathie. En ce qui concerne les retombées pour la pratique, il est recommandé d'accroître l'utilisation des préposées dans la gestion de la douleur ainsi que de renforcer la solidarité au sein de l'équipe de soins dans l'objectif d'atteindre de meilleures pratiques en gestion de la douleur. Plusieurs forces ressortent de cette recherche, dont la description détaillée de la méthode utilisée, les entrevues qui ont été réalisées par la même personne, ainsi qu'une description approfondie des thèmes appuyés par des extraits de verbatim. Par contre, de plus amples détails sur la nature de l'équipe de soins auraient permis de mieux juger de la possibilité de transposer les résultats au contexte québécois.

En somme, le manque de précision dans les études au niveau de la formation et de l'étendue du rôle de la préposée ne permet pas de bien saisir les nuances de son rôle dans différents pays et donc, de bien comparer les résultats des études. Par contre, chacune des études mentionnées précédemment souligne le rôle clé de la préposée quant à la gestion de la douleur,

mais aussi les tensions qui se produisent avec l'infirmière. Le manque de reconnaissance, leur non-implication dans les prises de décision ainsi que le manque d'interventions des infirmières à la suite de la transmission des informations entraînent un sentiment de frustration, créant un contexte peu favorable à la collaboration avec le reste de l'équipe de soins.

Membre de l'équipe de soins : l'infirmière. Dans une revue systématique, Burns et McIlfatrick (2015) ont exploré les écrits portant sur les attitudes et les connaissances des infirmières quant à l'évaluation de la douleur chez la personne atteinte de troubles cognitifs. Pour cette revue narrative systématique, les auteurs ont utilisé sept bases de données électroniques et couvert les années 2000 à 2014. Au total, 11 articles ont été retenus. La théorie du comportement planifié d'Ajzen (1985) a été utilisée comme cadre de référence. Les résultats indiquent que les infirmières manquent de formation au niveau de l'évaluation et de la gestion de la douleur, qu'elles utilisent des outils d'évaluation de la douleur inadéquats et qu'elles ont de la difficulté à la reconnaître. Deux barrières supplémentaires sont identifiées. La première est liée à la charge de travail, au manque de personnel ainsi qu'au manque de temps. Ces éléments sont présentés comme ayant un impact négatif sur le temps disponible pour procéder à l'évaluation de la douleur, sur la continuité interservices, le transfert de connaissances ainsi que sur le travail interprofessionnel. Le second élément concerne les barrières liées à la communication ainsi qu'au travail interprofessionnel. Basé sur des articles s'intéressant à la relation entre l'infirmière et le médecin tel que Martin, Williams, Hadjistavropoulos, Hadjistavropoulos et MacLean (2005) et Kaasalainen et al. (2007), il a été identifié que la communication efficace ainsi que la confiance étaient essentielles afin de gérer efficacement la douleur. Ces auteurs soulèvent, entre autres, que lorsque les médecins manquent de confiance envers les infirmières qui n'ont pas de bonnes habiletés de communication, ils sont moins enclins à prescrire un analgésique basé sur l'évaluation de l'infirmière. Cette situation induit un sentiment d'impuissance et de frustration chez les infirmières, rappelant la situation des préposées à l'égard des infirmières telle que rapportée, entre autres, par Liu (2014). Par contre, il n'est pas mentionné si les problèmes de communication s'adressent aussi à l'équipe de soins. Une limite de cet article concerne son titre qui est « Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment ». En effet, ce titre laisse penser que l'article s'intéresse à la douleur chez la personne atteinte de troubles cognitifs dans un

contexte de soins palliatifs, bien que le contexte ne soit pas spécifique aux soins palliatifs. Par ailleurs, bien que les articles inclus dans la revue de la littérature portaient sur plusieurs milieux, la majorité d'entre eux étaient en lien avec des milieux de soins de longue durée, laissant penser que les résultats obtenus peuvent être le reflet de la situation en CHSLD. Cependant, seule la position de l'infirmière a été considérée empêchant d'obtenir une vision de l'ensemble de l'équipe de soins et peu de précisions étaient offertes pour la description de chacun des facteurs laissant ainsi place à l'interprétation.

Par ailleurs, Barry, Parsons, Peter Passmore et Hughes (2012) se sont penchés sur les connaissances et les croyances des infirmières gestionnaires de résidences quant à la gestion de la douleur chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs. Pour y arriver, un questionnaire validé, soit le *Beliefs about Medicines Questionnaire* (Horne, Weinman et Hankins, 1999), a été transmis par la poste à 96 % des résidences de l'Irlande du Nord. À partir des réponses obtenues des infirmières gestionnaires, cette étude quantitative a identifié trois principales barrières à la gestion de la douleur, soit la difficulté d'obtenir une évaluation précise de la personne âgée atteinte de troubles cognitifs, le manque de connaissances et d'éducation ainsi que le manque d'approches standardisées pour la gestion de la douleur chez cette clientèle. Bien que la validité de cette étude soit limitée en raison d'un taux de réponse de seulement 39,3 % et que seules les réponses de gestionnaires aient été recueillies, ces résultats sont cohérents avec les résultats de McAuliffe et al. (2009) et de Burns et McIlpatrick (2015) en ce qui concerne les deux premières barrières. Par contre, elle se distingue en identifiant le manque d'approches standardisées dans la gestion de la douleur, tel que recommandé par Hadjistavropoulos et al. (2007), par Herr et al. (2011) ou encore par l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2013). Malheureusement, aucune information n'est donnée sur ce qui était disponible dans les milieux tels qu'une description détaillée des rôles ou la disponibilité d'outils d'évaluation de la douleur.

De leur côté, les Américaines Ware, Bruckenthal, Davis et O'Conner-Von (2011) ont mené une étude afin de déterminer les besoins de formation ainsi que les barrières à l'*advocacy* pour les infirmières travaillant auprès de personnes souffrant de douleur chronique à partir d'une étude descriptive corrélationnelle. Les réponses aux questionnaires ont identifié le manque de temps comme principale barrière rapportée par 51,3 % des répondants. Parmi les autres barrières

identifiées, notons le manque de soutien de l'employeur (47 %), le manque de modèle ou de mentor (42 %) ainsi que le coût (42 %), mais peu de précisions sont offertes sur ces dernières, dont aucun détail sur ce qui est compris par les coûts. Malgré le manque d'information, ces éléments retiennent l'attention puisqu'ils n'avaient pas émergé des études précédemment mentionnées. Par contre, cette étude s'intéressait surtout en la capacité des infirmières de défendre une personne qui souffre de douleur chronique, elle n'était donc pas spécifique aux personnes atteintes de troubles cognitifs. De plus, une faiblesse de cette étude est que seulement 20 % des personnes sollicitées ont rempli les questionnaires en ligne, limitant ainsi la validité.

En somme, plusieurs barrières à l'évaluation de la douleur ont été soulevées, dont le manque de reconnaissance de la douleur, le manque de formation, le manque de soutien de la direction, l'absence de mentor, l'absence d'approches standardisées comprenant l'utilisation d'un outil d'évaluation de la douleur validé pour cette clientèle, la difficulté de communication, la charge de travail élevée ainsi que le manque de temps. Par ailleurs, le manque de reconnaissance de la contribution de chacune des membres de l'équipe de soins est ressorti, mais semble vécu particulièrement par les soignants qui ont moins de pouvoir d'un point de vue décisionnel. En effet, les préposées mentionnent ce manque de reconnaissance de la part des infirmières et les infirmières l'ont aussi soulevé, mais cette fois concernant les médecins. Plusieurs de ces barrières rejoignent la collaboration au sein de l'équipe de soins, dont la communication et la reconnaissance de la contribution de chacun ou encore d'avoir une approche standardisée; ce qui permet de penser qu'une amélioration de la collaboration pourrait améliorer la gestion de la douleur chronique. Au cours des prochaines pages, les écrits concernant la collaboration seront donc présentés.

La collaboration au sein des équipes de soins

Bien que la collaboration soit considérée comme un moyen d'améliorer la gestion de la douleur chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs (Karlsson et al., 2013; Liu, 2014), seulement une étude abordant ce sujet a été trouvée. Cependant, quelques autres études ont tout de même été retenues, car elles traitaient soit de la douleur sous l'angle de la collaboration sans être propre aux personnes âgées ou de la collaboration en général en milieu gériatrique. Bien

qu'indirectement liées à la problématique, ces études aident à mieux comprendre les éléments qui doivent être considérés en ce qui concerne la collaboration.

Étude portant sur la collaboration quant à la gestion de la douleur chronique chez la personne âgée vivant en hébergement. Aux États-Unis, Baier et al. (2004) ont procédé à une étude quasi-expérimentale pour évaluer les effets d'un projet d'interventions multifacettes dans l'amélioration du processus de la gestion de la douleur. Divers centres d'hébergement pour personnes âgées ont participé, allant de milieux de convalescence à des centres pour personnes âgées atteintes de troubles cognitifs, pour un total de 17 résidences ayant complété l'étude. Les interventions implantées comportaient cinq volets, soit : 1) de l'enseignement sur la gestion de la douleur ; 2) des audits et de la rétroaction ; 3) une approche systématique d'amélioration de la qualité basée sur le cycle *Plan-Do-Study-Act* ; 4) du mentorat individuel dans chacun des centres ; ainsi que 5) la collaboration entre les résidences participant à l'étude. Les interventions de l'étude ont été menées auprès des directrices des soins infirmiers, des infirmières ainsi que des préposées. Les résultats démontrent que cette intervention multifacette a réduit la prévalence de la douleur et accru l'adhésion aux lignes directrices. De plus, cette étude souligne les impacts significatifs de la présence d'une personne experte sur la collaboration. En effet, des personnes détenant un rôle d'expert soutenaient les équipes de soins, effectuaient un suivi de la qualité des soins à l'aide d'audits et de rétroactions et planifiaient des moments d'échanges afin de trouver des solutions aux obstacles rencontrés. Cependant, bien qu'ayant soulevé certaines barrières, telles que les médecins et les infirmières craignaient les effets secondaires des analgésiques, cette étude ne donne pas d'indications concrètes afin d'aider à comprendre les facteurs qui influencent la collaboration au sein de l'équipe de soins, comme les habiletés relationnelles ou encore les modes de communication utilisée. De plus, puisque les troubles cognitifs augmentent significativement la complexité de la gestion de la douleur, il aurait été intéressant de connaître si les résultats étaient similaires dans tous les milieux.

Études portant sur la collaboration et la douleur chronique. En Suède, Karlsson, Bravell, Ek et Bergh (2015) ont exploré l'expérience d'équipes de soins en ce qui concerne la gestion de la douleur chez les personnes atteintes de troubles cognitifs, et ce, dans trois districts de soins à domicile. Cette recherche qualitative de type exploratoire inspirée de l'approche

herméneutique de Gadamer comprenait 13 infirmières et dix préposées. Les résultats mentionnent le besoin de temps pour procéder à l'évaluation de la douleur pour, entre autres, tenter d'obtenir des détails sur la présence de douleur. Ensuite, la nécessité d'avoir une stabilité de personnel est identifiée pour connaître la personne, telle que mentionnée par plusieurs auteurs, dont McAuliffe et al. (2009) et Liu (2014). Par ailleurs, les participantes décrivent utiliser des stratégies variées d'évaluation de la douleur, comme le questionnement, l'observation ou encore la sollicitation des impressions des proches. De plus, les participantes ont souligné l'importance de la collaboration. En effet, les préposées étaient conscientes de l'importance de leurs observations pour l'infirmière et les infirmières soulignaient leur lien de dépendance et de confiance envers les préposées. La collaboration impliquait, entre autres, un moment d'échange téléphonique quotidien, puisque les infirmières ne visitaient pas les personnes âgées quotidiennement comme les préposées. Cependant, il n'est pas mentionné dans l'écrit si une procédure établit cette pratique. Bien que cette étude se soit déroulée dans un contexte différent à celui du Québec, la précision des résultats offerts permet de penser que les résultats pourraient être similaires dans un autre milieu comme les CHSLD. Par contre, il est possible de penser que des problèmes ont pu ne pas être soulevés en raison de la petite taille des équipes et du risque d'être reconnu.

Pour leur part, dans un hôpital universitaire d'Espagne, Martin-Rodriguez, D'Amour et Leduc (2008) ont réalisé une étude visant à déterminer l'impact de la collaboration sur quatre aspects, soit le niveau de satisfaction des patients, le niveau d'incertitude des patients, la gestion adéquate de la douleur ainsi que la durée de séjour à l'hôpital. Utilisant comme cadre de référence le *Quality Health Outcome Model* (Mitchell, Ferketich et Jennings, 1998), cette étude transversale a inclus 312 patients ainsi que 34 professionnels (médecins, résidents en médecine, infirmières) provenant de quatre différentes équipes d'oncologie. En ce qui concerne l'intensité de la collaboration, elle a été mesurée à l'aide du *Intensity of Interprofessional Collaboration Questionnaire* (Sicotte, D'Amour et Moreault, 2002). Les résultats ont démontré une faible différence d'intensité dans la collaboration entre les groupes considérés comme ayant une grande collaboration et ceux ayant une faible collaboration, avec une différence de 0,5 point sur l'échelle de 1 (faible collaboration) à 5 (forte collaboration). Selon les auteurs, ces résultats suggèrent qu'une faible différence dans l'intensité de la collaboration entraîne malgré tout un

impact significatif sur les indicateurs évalués dans l'étude, dont une meilleure gestion de la douleur décrite comme étant plus holistique et basée sur l'expertise des différents professionnels de l'équipe. De plus, ces résultats soulignent l'importance de l'implication de toutes les membres de l'équipe dans la gestion de la douleur chronique en plus de suggérer que même une légère amélioration au niveau de la collaboration entraîne des résultats positifs pour les patients. Néanmoins, il est possible de croire que les résultats pourraient être différents dans un autre contexte, tel qu'en CHSLD, où le personnel disponible et la clientèle cible sont différents.

Études portant sur la collaboration en milieu gériatrique. En Suède, Kvarnström (2008) a réalisé une étude qualitative afin d'identifier et de décrire les difficultés de collaboration perçues par les professionnels de la santé quant au travail en équipe interprofessionnelle. Cette étude suédoise a recruté quatre équipes d'une étude précédente, soit celle de Kvarnström et Cedersund (2006), offrant des soins de santé locaux. Les soins de santé locaux incluent les soins de santé primaire, la psychiatrie, la gériatrie ainsi que la réadaptation. Les équipes étaient composées d'ergothérapeutes, physiothérapeutes, d'infirmières, travailleurs sociaux, commis, médecins, infirmières auxiliaires, psychologues et d'orthophonistes, pour un total de 18 participants. Les résultats ont permis d'identifier des difficultés sur trois plans, soit 1) la dynamique d'équipe ; 2) la reconnaissance de la contribution des professionnels et 3) l'influence de l'organisation. D'abord, sur le plan de la dynamique d'équipe, un déséquilibre entre les décisions prises en équipe versus celles prises de façon individuelle a été constaté, soulevant les objectifs divergents au sein de l'équipe. Ensuite, l'iniquité entre les professionnels a aussi été identifiée. Cette situation était vécue en différentes circonstances, telles que lors de la prise de décisions, lors de sollicitation pour motiver l'implication ou encore lorsqu'une personne était le seul représentant d'un groupe de professionnel. De plus, il y avait des conflits liés aux champs de pratique, car certaines personnes en dépassaient les limites. Sur le plan de la contribution des savoirs de chacun des professionnels, ne pas valoriser ou utiliser équitablement les services de chacune des professions a entraîné leur omission à partager leurs opinions lors des réunions. Puis, les résultats indiquent qu'il y avait un manque de consensus au sein de l'équipe ainsi que des lacunes au niveau de la transmission de l'information. Finalement, au plan organisationnel, trois facteurs ont été identifiés comme entravant la collaboration. Premièrement, dans les milieux valorisant la hiérarchie, il pouvait être difficile, pour les

professionnels ayant moins de pouvoir, de se considérer utiles à l'équipe. Deuxièmement, les changements dans l'organisation, que ce soit dans la composition des équipes, en termes de personne ou de nombre, ou dans le roulement des patients ont été identifiés comme étant contraignants. Troisièmement, les compositions d'équipes non adaptées aux besoins du milieu pourraient entraîner un manque de ressources pour répondre aux besoins. Parmi les forces de l'étude, notons qu'elle permet de mettre en lumière des éléments non soulevés jusqu'à présent tels que les objectifs discordants au sein de l'équipe, le besoin de bien connaître les rôles des autres ou encore les soucis possibles en lien avec la hiérarchie. Toutefois, le manque de précisions à propos de plusieurs éléments de cette étude, dont les aspects méthodologiques, les différences entre les milieux ou les professionnels ainsi que sur les thèmes, empêchent de bien cerner les nuances des résultats, laissant ainsi place à l'interprétation et limitant le transfert des résultats.

Pour sa part, Zahreddine (2010) a réalisé une recherche de type exploratoire dans un milieu gériatrique de Montréal. L'objectif était de comprendre les perceptions de l'interdisciplinarité, terme considéré dans le cadre de cette étude comme un synonyme de collaboration interprofessionnelle. Sept assistantes infirmières-chefs ont participé. Le modèle de la structuration de la collaboration interprofessionnelle développée par D'Amour (1997) a servi de cadre de référence. Des entrevues individuelles ainsi qu'une entrevue de groupe ont été effectuées. Quatre thèmes ont émergé, soit : 1) l'interdisciplinarité : une source de richesse et un équilibre difficile ; 2) l'infirmière au sein de l'équipe interdisciplinaire : l'intervenant pivot ; 3) les déterminants relationnels influençant l'interdisciplinarité ainsi que 4) les déterminants structurels influençant l'interdisciplinarité. Le premier thème souligne l'importance de connaître les membres de son équipe, d'avoir un objectif commun en plus d'identifier la précarité entre la préservation de son identité professionnelle et la reconnaissance de la contribution de chacun. Le second renvoie au rôle d'intervenant pivot de l'infirmière en raison de sa disponibilité et de sa proximité auprès de la personne âgée. Le troisième identifie plusieurs déterminants relationnels influençant la collaboration, dont le respect et la confiance mutuelle, la compétence et l'expérience, le leadership, l'ouverture et la volonté de collaborer ainsi que la communication qui est considérée comme le plus important. Le quatrième réfère à la pénurie des ressources professionnelle qui est le seul déterminant structurel à avoir été identifiée par les

participante comme ayant une influence sur la collaboration interprofessionnelle. Ces résultats obtenus rejoignent ceux de l'étude de Kvarnström (2008), à l'exception de la notion de hiérarchie et de la mauvaise composition de l'équipe qui n'ont pas été soulevées par l'étude de Zahreddine. Par contre, elle se différencie en ayant identifié la notion de confiance et de connaissance de l'autre. Selon les résultats, ces deux éléments seraient intimement reliés puisqu'il faudrait connaître les compétences d'une personne pour pouvoir lui faire confiance. L'importance de la confiance avait d'ailleurs été soulevé par les études de Martin et al. (2005) ainsi que Kaasalainen et al. (2007). Parmi les limites de cette étude, notons que le milieu était reconnu pour promouvoir l'interdisciplinarité ce qui a pu en faciliter la mise en place. De plus, seules des assistantes infirmières-chef ont participé à cette étude, permettant ainsi de croire que des perceptions différentes auraient pu être soulevées si l'échantillon avait été plus diversifié. Par ailleurs, les propos tenus semblaient uniquement porter sur l'équipe professionnelle omettant ainsi de considérer l'équipe de soins incluant l'infirmière auxiliaire et les préposées, limitant la portée des résultats.

Aux États-Unis, Corazzini et al. (2013) ont abordé la collaboration en procédant à une étude de cas multiples afin de décrire les comportements entre les infirmières et les infirmières auxiliaires quant à quatre différents rôles, soit : 1) l'évaluation; 2) la planification des soins; 3) la supervision ainsi que 4) la délégation des soins, et ce, dans deux états. L'étude s'est déroulée dans dix centre d'hébergements, chacun ayant été considéré comme un cas, comprenant au total 31 infirmières, dont dix infirmières directrices des soins, ainsi que 13 infirmières auxiliaires. Trois facteurs influençant la pratique des infirmières ont été identifiés. Le premier facteur porte sur le niveau *d'interchangeabilité* entre les infirmières et les infirmières auxiliaires. Par exemple, une directrice des soins et une infirmière auxiliaire mentionnent que les infirmières font pratiquement le même travail que les infirmières auxiliaires. Cette interchangeabilité serait particulièrement présente lorsque le ratio infirmière-infirmières auxiliaires serait bas. Le second facteur est en lien avec ce ratio. En fait, il est mentionné qu'il est difficile de combler les postes d'infirmières, ce qui implique que les infirmières auxiliaires tenteraient de faire ce qui l'infirmière ferait. Cela pourrait, du moins en partie, expliquer pourquoi le rôle de l'infirmière était considéré comme interchangeable avec le rôle de l'infirmière auxiliaire. Le dernier facteur concerne la circulation de l'information au sein de l'équipe, corroborant sur ce point les résultats

des deux précédentes études, soit celles de Kvarnström (2008) et de Zahreddine (2010). En fait, dans les cas caractérisés par un faible nombre d'infirmières, une interchangeabilité élevée et où l'échange d'information est pauvre, le fonctionnement de l'équipe était comparable à une chaîne de commandement. Au contraire, dans les cas caractérisés par des ratios d'infirmière plus élevés, une interchangeabilité faible et une circulation de l'information élevée, les champs de pratique de chacun étaient considérés dans le partage des tâches favorisant ainsi la collaboration, soulignant, entre autres, l'importance des descriptions de tâches. Bien que l'étude offre une description du processus d'analyse qui a d'ailleurs été vérifiée par trois chercheurs, peu d'information est disponible sur la méthode utilisée ainsi que sur le processus de recrutement. De plus, les résultats sont brièvement mentionnés, ce qui pourrait inciter le lecteur à interpréter les résultats. Malgré tout, cette étude souligne l'importance de la communication au sein de l'équipe de soins en CHSLD, d'une définition claire des rôles de chacun ainsi que d'un ratio de personnel optimal pour une collaboration efficace dans les centres d'hébergement pour personnes âgées.

En conclusion, cette section a mis en évidence la rareté des études concernant la collaboration quant à la gestion de la douleur chronique chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs. Elle a aussi permis de constater que les écrits manquent souvent de précisions concernant le milieu ainsi que sur les spécificités des rôles. En particulier, le rôle de la préposée, lorsqu'elle participe à l'administration de la médication, semble parfois se confondre avec celui des infirmières auxiliaires rendant plus difficile la compréhension du contexte des études. Celles retenues ont tout de même permis de cibler des éléments relationnels et organisationnels influençant la collaboration des équipes de soins. Ces notions se retrouvent dans le modèle de la structuration de la collaboration interprofessionnelle de D'Amour et al. (2008). La section qui suit présente ce cadre de référence.

Cadre de référence : Modèle de structuration de la collaboration

Afin de guider notre étude, le modèle de la structuration de la collaboration sera utilisé. Ce modèle a initialement été présenté dans la thèse de doctorat de D'Amour, déposée en 1997. Au fil des années, la définition de certains indicateurs du modèle de D'Amour a été raffinée

grâce aux recherches effectuées (D'Amour et al., 2008). Cette version plus récente du modèle est celle qui sera utilisée.

Les travaux de D'Amour se sont grandement inspirés de l'approche organisationnelle de Friedberg pour qui : « L'approche organisationnelle cherche à étudier les processus par lesquels sont stabilisées et structurées les interactions entre un ensemble d'acteurs placés dans un contexte d'interdépendance stratégique » (Friedberg, 1993, cité dans D'Amour, Sicotte et Lévy, 1999). À partir de cette perspective, l'objectif du modèle de D'Amour est de permettre d'analyser et de comprendre les enjeux et les contraintes à la collaboration interprofessionnelle dans un contexte spécifique comme celui de la santé.

Depuis sa création, ce modèle a été utilisé dans différents milieux, dont les groupes de médecins de famille (Beaulieu et al., 2006), en périnatalité (D'Amour, Goulet, Pineault, Labadie et Remondin, 2003), dans un service régional de soins à domicile pour malades pulmonaires chroniques (Richard, 2011), aux soins intensifs (Lepage, 2008) ainsi qu'en milieu gériatrique (Zahreddine, 2010). Bien que ce modèle ait été utilisé en milieu gériatrique, il ne semble pas encore avoir été utilisé dans un contexte autre qu'interprofessionnel, comme c'est le cas avec les équipes de soins infirmiers comme cela est visé par le but de la présente étude. En effet, une profession est caractérisée, entre autres, par son code d'éthique, son autonomie, un processus de formation continue, mais aussi par l'avancement d'un corpus de connaissances spécifique à sa discipline basée sur des travaux de recherche (Dehghani, Salsali et Cheraghi, 2016; Rutty, 1998; Smith, 2012). De ce fait, les caractéristiques des infirmières auxiliaires et des préposées en font des groupes qui ne répondent pas tout à fait à la définition d'une profession. Néanmoins, la nature des dimensions et des indicateurs décrits dans le modèle de la structuration de la collaboration interprofessionnelle, tel que les indicateurs de confiance, de finalité ou encore d'échange d'information, porte à croire qu'il peut être transposé à une équipe de soins. Avant de présenter le modèle, il importe de comprendre ce qu'est la collaboration. D'Amour (1997) définit la collaboration interprofessionnelle comme :

[...] la structuration d'une action collective à travers le partage de l'information et la prise de décision dans les processus cliniques. Elle résulte d'un processus

d'interaction entre les acteurs, des acteurs avec la structure organisationnelle et de ces deux éléments avec des structures englobantes (p. 104).

L'intérêt de cette définition est qu'elle permet de considérer de nombreuses variables afin d'obtenir une vision globale des facteurs influençant la collaboration. En effet, les termes *processus d'interaction* soulignent le côté dynamique de la collaboration. Ensuite, cette définition permet de concevoir les multiples interactions entre les membres d'une équipe de soins, entre les équipes de soins et la structure du CHSLD ainsi qu'entre ces deux éléments et les structures extérieures aux CHSLD. La présentation du modèle de la structuration de la collaboration interprofessionnelle qui suit facilitera la compréhension de cette définition.

Ce modèle est composé de quatre dimensions ainsi que de dix indicateurs (voir Figure 3). La collaboration ne peut être intelligible que si les dimensions sont reliées entre elles. Les flèches indiquent donc que les dimensions interagissent et s'influencent mutuellement. Le côté gauche du modèle représente les dimensions organisationnelles tandis que le côté droit représente les dimensions relationnelles. Une description de ces dimensions suivra la figure.

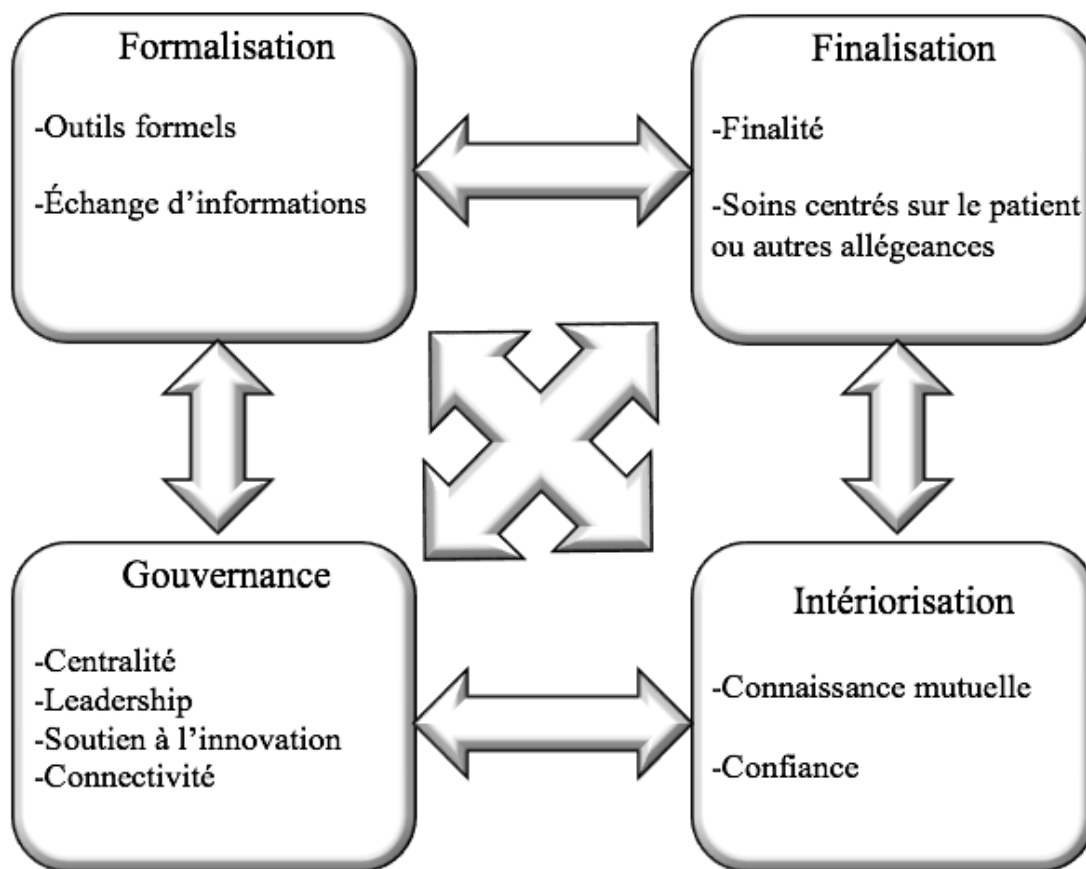


Figure 3. Modèle de la structuration de la collaboration interprofessionnelle (D'Amour et al., 2008 [Traduction libre])

La formalisation correspond à l'ensemble des règles de conduite qui vise à réguler l'action d'acteurs en situation d'interdépendance, servant à clarifier les attentes ainsi que les responsabilités. Deux indicateurs sont associés à la formalisation. Le premier porte sur *les outils formels*, soit les ententes, les règles ou encore les protocoles. En fait, ces outils de référence servent à statuer explicitement de ce qui est attendu de chacune des membres. Les protocoles, les descriptions de tâches ou les règles de soins sont des exemples d'éléments de cet indicateur. La recherche de D'Amour (1997) a d'ailleurs démontré que la collaboration est influencée par le consensus qu'ont les équipes quant aux ententes, règles et protocoles. Le second indicateur, *l'échange d'informations*, correspond à la façon dont l'information est partagée entre les membres de l'équipe afin que le processus soit rapide, complet et efficace. Des exemples de

moyens qui pourraient être utilisés pour transmettre ou faire circuler l'information sont les rapports interservices et les grilles d'évaluation de la douleur.

La gouvernance est directement liée au leadership qui soutient la collaboration. Quatre indicateurs se rattachent à cette dimension. D'abord, la *centralité* réfère à une direction claire et explicite afin de guider les actions en lien avec la collaboration. Ensuite, le *leadership* qui peut prendre différentes formes. En fait, il peut être formel, dans le sens où il provient d'une position d'autorité comme un gestionnaire, ou informel dans le cas où une personne en prendrait l'initiative d'elle-même. Dans tous les cas, il importe que ce leadership favorise un partage d'opinion ainsi qu'une participation à la prise de décisions de toutes les membres. Par la suite, l'implantation de la collaboration entraîne des changements importants dans la façon de faire au quotidien, ce qui représente un défi pour les équipes. Le *soutien à l'innovation*, interne ou externe, est donc nécessaire afin de soutenir les équipes dans le processus d'apprentissage. Finalement, la *connectivité*, qui peut prendre la forme de comités ou de rétroaction, correspond à l'espace qui est disponible pour la discussion ainsi que pour la création de liens entre les membres de l'équipe. En fait, cela permet de soulever des problèmes ainsi que de trouver des solutions pour les résoudre.

La finalisation réfère à l'existence d'un but commun ainsi que son appropriation par l'équipe. En fait, cela signifie que « plus les acteurs souscrivent aux finalités du système d'action, plus ils sont prêts à faire des compromis pour arriver à une coopération la moins conflictuelle possible qui produise les meilleurs résultats. » (D'Amour et al., 1999, p. 80). Le premier indicateur, la *finalité*, réfère à l'importance de partager un but commun, qui est bien compris de tous, tout en étant consensuel. Le second, *les soins centrés sur le patient ou autres allégeances*, réfère aux motivations divergentes qu'une personne peut avoir, telles que personnelle, professionnelle ou organisationnelle. Par exemple, une personne pourrait aller travailler en ayant pour seul objectif d'obtenir son salaire, résultant en un désintéressement pour la qualité du travail réalisé. Ces allégeances diverses soulignent le besoin de négocier un but commun afin que toutes les membres de l'équipe de soins travaillent dans le même sens.

Finalement, *l'intériorisation* correspond à la prise de conscience de l'interdépendance de chacune des membres de l'équipe ainsi que de la nécessité de la réguler. En fait, les résultats obtenus par D'Amour (1997) indiquaient qu'il est difficile de s'allier à d'autres personnes afin d'atteindre un objectif, relevant l'importance des deux indicateurs de l'intériorisation. Le premier indicateur, *la connaissance mutuelle*, réfère à la connaissance que nous avons de nos collègues de travail tant au niveau personnel que professionnel. La connaissance personnelle permet de connaître leurs compétences et leurs valeurs tandis que la connaissance professionnelle correspond plutôt à la connaissance de leur champ de pratique, leur cadre de référence ainsi que leurs approches de soins. Pour ce qui est de la *confiance*, il est reconnu que la collaboration n'est possible qu'en présence d'un climat de confiance puisque de partager des rôles nous met dans une position de vulnérabilité.

En résumé, ce cadre de référence offrira une structure pour obtenir un portrait global de la collaboration, en considérant les dimensions relationnelles et organisationnelle qui interagissent et s'influencent mutuellement tout en reconnaissant que les structures extérieures ne peuvent être ignorées. De plus, les indicateurs associés aux dimensions permettront une compréhension holistique des facteurs à considérer. Bien que développés pour les équipes interprofessionnelles, la nature des indicateurs ainsi que la recension des écrits présentée sur les différentes membres de l'équipe de soins permettent de croire que ce modèle peut se transposer à une équipe s'appuyant sur une seule discipline, les sciences infirmières, et comprenant des membres n'ayant pas l'ensemble des caractéristiques définissant un professionnel.

En somme, ce chapitre a permis de démontrer la complexité du phénomène de la douleur chronique grâce aux multiples facettes à prendre en considération. Par la suite, en considérant cette problématique à partir des membres de l'équipe de soins, il a été possible de mettre en lumière différentes difficultés vécues pouvant interférer avec la collaboration. Quelques écrits ont ensuite été présentés concernant cette collaboration, mais la rareté des études sur la problématique à l'étude a obligé à élargir les critères d'inclusion des articles, ce qui a permis d'identifier divers résultats qui peuvent influencer la collaboration au sein d'une équipe.

Finalement, le cadre de référence de l'étude a été présenté. Le prochain chapitre portera sur la méthode de recherche retenue pour la réalisation de cette étude.

Chapitre 3 : Méthode

Devis de recherche et repères épistémologiques

Afin de mieux comprendre comment se déroule la collaboration au sein d'une équipe de soins quant à la gestion de la douleur chronique, une étude de cas multiples qualitative a été effectuée. Ce devis de recherche a été retenu, car il permet une compréhension holistique et en profondeur d'un phénomène tout en considérant le contexte (Creswell, 2009; Gagnon, 2012; Hyett, Kenny et Dickson-Swift, 2014; Loiselle et Profetto-McGrath, 2007). L'étude de cas est considérée comme particulièrement appropriée lorsqu'une problématique complexe ne peut être abordée en dehors de son environnement (Corbière et Larivière, 2014), ce qui correspond à notre problématique.

Au niveau épistémologique, deux principales approches à l'étude de cas sont reconnues, soit celle de Stake qui s'ancre dans une perspective constructiviste ainsi que celle de Yin qui s'inscrit plutôt dans le courant réaliste (Hyett et al., 2014). Considérant que le paradigme constructiviste correspond le mieux à la conception de la connaissance de l'étudiante-chercheuse, la méthodologie suggérée par Stake a été utilisée dans le cadre de cette recherche. Dans ce paradigme, le chercheur reconnaît que la réalité est multiple et qu'elle provient d'une construction humaine plutôt que de la découverte (Stake, 1995). Toujours selon Stake (1995), la subjectivité est un élément essentiel à la compréhension et n'est donc pas considérée comme un biais. Par ailleurs, Stake (1995) mentionne l'importance de considérer l'ensemble des réalités, qu'elles soient différentes ou contradictoires.

Un élément essentiel à définir était le cas à l'étude. Un cas est un système spécifique, complexe, en plus d'être bien délimité par le chercheur (Stake, 1995). Un cas peut être circonscrit autour d'une personne, un groupe, une organisation, une situation, une entité ou même un phénomène (Stake, 1994, 2006). Stake a divisé les études de cas en trois grandes catégories, soit le cas instrumental, le cas intrinsèque et finalement le cas multiple (Corbière et Larivière, 2014; Stake, 1994). Tel que mentionné par Stake (1994), l'intérêt du cas instrumental ne se limite pas au cas étudié, mais porte plutôt sur la capacité du cas à favoriser une compréhension d'un phénomène social, dans ce cas-ci, la collaboration d'une équipe de soins en CHSLD quant à la gestion de la douleur chronique chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs. En ce sens,

nous nous sommes intéressée à des équipes de soins afin de mieux comprendre comment se déroule la collaboration, chacune des équipes représentant un cas. Dans le cadre de cette recherche, le cas était instrumental et multiple.

Milieu

Cette étude s'est déroulée dans un CHSLD d'un CISSS de banlieue du sud du Québec. Afin de cibler un CHSLD propice au recrutement d'équipes de soins qui travaillent auprès de personnes âgées atteintes de troubles cognitifs et souffrants de douleur chronique, l'avis de la directrice adjointe au soutien à l'autonomie de la personne âgée du CISSS de la région a été sollicité. Le CHSLD ciblé comprenait 100 lits d'hébergement répartis sur trois étages et incluait une unité prothétique.

Dans ce milieu, une infirmière est présente en tout temps dans l'établissement, mais pas nécessairement sur chacun des étages. Le nombre d'employés total pour les préposées, les infirmières auxiliaires ainsi que les infirmières s'élève à 106, dont 8 postes d'infirmières. Par ailleurs, l'infirmière-chef estimait le taux de troubles cognitifs chez les résidents à environ 85 %.

Échantillon

Une des forces de l'étude de cas est que, bien qu'elle repose sur un petit nombre de cas, elle permet d'obtenir beaucoup de données sur le phénomène à l'étude ainsi que sur le contexte (Gagnon, 2012; Roy, 2009). De ce fait, Martinson et O'Brien (2010), cité dans Corbière et Larivière (2014), mentionnent que les données commencent à être intéressantes à partir de trois cas, mais qu'il faut éviter de dépasser quinze. Dans le cadre de cette recherche, afin de tenir compte du cadre temporel d'une étude de maîtrise, le recrutement de trois cas était prévu. Cependant, en raison de l'engouement pour le projet, quatre équipes ont finalement été recrutées, pour un total de 12 participantes. Chaque cas, représentant une équipe de soins, comprenait une infirmière, une infirmière auxiliaire ainsi qu'une préposée. Considérant que 106 personnes travaillent pour cet établissement, cela signifie que 11,3 % des employés ont participé, dont au moins la moitié des infirmières.

En ce qui concerne le recrutement des participantes, Corbière et Larivière (2014) ainsi que Stake (1995) mentionnent que la meilleure méthode d'échantillonnage pour l'étude de cas est par choix raisonné. Loisel et Profetto-McGrath (2007) décrivent cette méthode comme une méthode non probabiliste qui permet, entre autres, au chercheur de sélectionner les participantes et le type de document recueilli en fonction de la richesse d'information qu'ils peuvent nous transmettre. Cette stratégie d'échantillonnage consiste à recruter les participantes à partir de critères qui sont jugés importants pour la réalisation de la recherche (Patton, 2002). Considérant que l'équipe de soins devait travailler ensemble auprès des mêmes personnes âgées, l'infirmière-chef a activement participé à la sollicitation de l'ensemble des membres des équipes de soins. Pour ce qui est des critères de sélection, Stake (1994, 1995, 2006) insiste sur la nécessité de sélectionner les acteurs selon leur capacité de maximiser les connaissances sur le phénomène d'intérêt, soit la collaboration. De ce fait, la participation de quatre équipes, dont une de soir, a permis une plus grande variation des données.

Les critères d'inclusion pour les participantes de cette étude étaient : 1) être membre d'une équipe de soins, soit être infirmière, infirmière auxiliaire ou préposée, qui travaillent ensemble auprès des mêmes personnes âgées, depuis au moins un an; 2) avoir une expérience d'au moins un an auprès des personnes atteintes de troubles cognitifs vivant avec de la douleur chronique; 3) désirer participer à l'étude. Concernant le premier critère, une personne représentant chaque type de soignant a été recrutée. Considérant que les infirmières sont moins nombreuses dans les CHSLD, elles ont été recrutées les premières. Lorsqu'une infirmière acceptait de participer à l'étude, l'infirmière-chef entreprenait des démarches afin de solliciter les autres membres de l'équipe avec qui l'infirmière travaillait directement. À la suite d'une entente verbale de participer à l'étude obtenue par l'infirmière-chef auprès des trois membres d'une même équipe de soins, une liste comprenant le nom des participantes potentielles et leur numéro de téléphone a été remise à l'étudiante-chercheuse. Un premier contact téléphonique a alors été fait afin de confirmer leur désir de participer à la recherche, leur expliquer brièvement le but de l'étude ainsi que pour convenir du moment et lieu de rencontre des entrevues individuelles. Cette façon de procéder a permis d'éviter de réaliser des entrevues inutilement s'il advenait qu'aucune autre membre d'une même équipe n'accepte de participer.

Déroulement de l'étude

Les processus d'échantillonnage, de collecte et d'analyse des données ont été réalisés de façon itérative. Afin de faciliter le déroulement de l'étude de cas, Gagnon (2012) recommande d'avoir une personne ressource, soit une marraine. Dans le cadre de cette étude, l'infirmière-chef semblait la mieux placée pour effectuer ce rôle, en raison de son rôle central au sein du CHSLD. À la suite de l'obtention des autorisations de débiter l'étude, la directrice du soutien à l'autonomie des personnes âgées a mis l'étudiante-chercheuse en contact avec cette marraine. Une lettre d'explication a été transmise par courriel à la marraine (voir annexe A) dans laquelle une rencontre était demandée afin d'expliquer le déroulement de l'étude et pour répondre à ses questions. Cette marraine a facilité l'entrée dans le milieu et a informé l'étudiante-chercheuse sur la réalité du milieu permettant ainsi d'ajuster la méthode (Gagnon, 2012). Ensuite, la marraine a aidé à identifier les participantes potentielles correspondant aux critères de sélection. Le fait d'être référé par cette personne a contribué à établir un lien de confiance avec le personnel du milieu (Gagnon, 2012). Finalement, la marraine a transmis les documents pertinents à l'étude. Afin d'éviter que l'implication de l'infirmière-chef dans le recrutement exerce une pression indue sur les participantes, leur consentement a été obtenu à différents moments en leur précisant que leur participation était tout à fait libre et que leur décision n'aurait pas d'impacts sur leurs relations avec leur employeur. Ces aspects ont été abordés lors de la prise de contact pour la prise de rendez-vous et lors de la signature du consentement, en plus de leur signifier la possibilité de se retirer à tout moment sans préjudice.

En ce qui concerne les participantes, Savoie-Zajc (2009) mentionne l'importance de la prise de contact avec les participantes potentielles. Ce moment est considéré comme une opportunité de présenter le projet de recherche ainsi que les objectifs de la recherche. Par ailleurs, Gagnon (2012) souligne qu'il faut viser une relation de confiance avec les participantes. En ce sens, une lettre d'invitation a été remise à la marraine afin qu'elle soit diffusée auprès des membres de l'équipe de soins dans le but d'aviser qu'une recherche aurait lieu dans leur milieu (voir annexe B). Cette lettre a été déposée dans le cartable de communication où les initiales doivent être apposées pour certifier la lecture. De plus, des coordonnées pour obtenir plus de renseignements ainsi que pour signifier l'intérêt à participer à l'étude étaient incluses. En raison

de l'enthousiasme des participantes, aucune rencontre sur les unités de soins n'a eu besoin d'être planifiée pour présenter plus concrètement le projet, tel que prévu initialement. En plus, une demande a été faite à la marraine afin d'apposer une affiche pour inviter l'équipe de soins à participer à l'étude (voir annexe C). Ensuite, un engagement a été pris avec l'ensemble des participantes de leur faire parvenir les résultats de l'étude. Cela a pu, entre autres, favoriser leur participation. Dans le même ordre d'idée, avant de quitter le milieu à la fin de la recherche, Gagnon (2012) mentionne la nécessité de se retirer officiellement. Une lettre de remerciement a donc été envoyée afin de souligner notre reconnaissance quant à leur participation et leur collaboration à la recherche.

Collecte des données

Une caractéristique incontournable de l'étude de cas est la triangulation des sources de données (Gagnon, 2012; Roy, 2009; Stake, 1995). Dans le cadre de cette étude, diverses méthodes ont été utilisées, soit l'entrevue semi-structurée, l'analyse documentaire, le journal de bord ainsi que le questionnaire sociodémographique. Dans la section qui suit, chacune de ces méthodes est décrite suivi de la méthode d'analyse des données.

Entrevue semi-structurée individuelle. Considérée comme centrale dans une perspective constructiviste (Savoie-Zajc, 2009), l'entrevue est réputée comme la méthode de collecte de données la plus importante en étude de cas (Gagnon, 2012) puisqu'elle permet d'accéder aux diverses réalités des participantes (Stake, 1995). En effet, selon cette épistémologie, le savoir est le fruit d'une interaction, d'une co-construction résultant de cet échange. Savoie-Zajc (2009) définit ainsi l'entrevue comme étant « une interaction verbale entre des personnes qui s'engagent volontairement dans pareille relation afin de partager un savoir d'expertise, et ce, pour mieux dégager conjointement une compréhension d'un phénomène d'intérêt pour les personnes en présence » (p. 339). Par ailleurs, une entrevue semi-structurée laisse beaucoup de place à l'interviewé pour s'exprimer tout en couvrant certains thèmes de la problématique (Gagnon, 2012). Afin que le déroulement de l'entrevue soit efficace et centré sur la problématique, Stake (1995) recommande de bien se préparer en ayant une courte liste de questions clés encourageant des réponses ouvertes.

Basé sur le modèle de D'Amour (D'Amour et al., 2008), les dimensions organisationnelles et relationnelles ont été abordées lors de cette entrevue à l'aide d'un guide d'entrevue (voir annexe D). Les entrevues ont duré entre 26 et 140 minutes, pour une moyenne de 57 minutes par entrevue. Elles se sont déroulées dans le milieu de travail ou dans un autre milieu proposé par la participante. Ces rencontres ont eu lieu au moment qui convenait aux participantes, en dehors de leurs heures de travail. Les entrevues ont été réalisées par l'étudiante-chercheuse. Une seule entrevue a été réalisée par participante, sauf pour une où une deuxième rencontre a eu lieu en raison de la richesse des données. Puisque des tensions ou des conflits auraient pu être ou avoir été présents au sein d'une équipe de soins, il avait été décidé de ne pas faire d'entrevue de groupe. De cette façon, il était plus aisé pour les participantes de s'exprimer librement à propos de la collaboration au sein de l'équipe de soins.

Documents. Comme mentionné dans Gagnon (2012), les documents servent à corroborer ou à nuancer d'autres sources d'information obtenue. Par ailleurs, D'Amour (1997) souligne l'importance d'avoir des directives et politiques claires en ce qui concerne la collaboration. Il s'avérait donc pertinent de vérifier la présence d'écrits à cet effet dans le milieu de soins où étaient recrutées les équipes de soins. Les documents qui ont été demandés devaient être liés à la collaboration, aux rôles au sein de l'équipe de soins ou à la douleur (par exemple, politiques, règles de soins, échelle de douleur utilisée). L'aide de la marraine a été sollicitée pour repérer ces documents, mais aucun document ne répondait à ces critères. La grille d'extraction de données prévue pour les documents organisationnels n'a donc pas été utilisée (voir annexe E).

Journal de bord. Afin d'aider l'étudiante-chercheuse à garder des traces de ses réflexions et de ses prises de décision concernant le déroulement de la recherche, un journal de bord a été complété. Une attention particulière a été portée afin de le compléter rapidement, par exemple, à la suite d'une entrevue. À force de relecture et de réflexions, le journal de bord a contribué, entre autres, à orienter certaines questions lors des entrevues et à comprendre les relations entre les diverses données recueillies au sein de l'équipe de soins et dans le milieu (Roy, 2009).

Questionnaire sociodémographique. Au début des entrevues, un questionnaire sociodémographique était rempli verbalement. Il comprenait des questions générales concernant les caractéristiques personnelles et professionnelles des participantes. Par exemple, l'âge, le titre d'emploi, le nombre d'années d'expérience dans le domaine de la santé ainsi qu'en CHSLD en plus du nombre de temps au sein de l'équipe de soins étaient demandés (voir annexe F).

Analyse des données

Afin de guider l'étudiante-chercheuse, la méthode d'analyse thématique, telle que présentée par Braun et Clarke (2006), a été utilisée. Cette méthode d'analyse est décrite comme une méthode qui est flexible, facilement utilisable pour les novices en recherche qualitative et qui peut être utilisée avec différentes méthodes de recherche ou appartenances épistémologiques. La caractéristique principale du thème est sa capacité de capturer quelque chose d'important en lien avec la question de recherche. Le thème doit démontrer un certain niveau de sens ou de *pattern*.

Selon une perspective constructiviste, l'analyse thématique ne s'attarde pas à comprendre une motivation ou bien les caractéristiques psychologiques d'une personne puisque la réalité est socialement construite. En ce sens, c'est la compréhension du contexte socioculturel ainsi que des structures dans lesquelles le thème s'inscrit qui est visée. Cette méthode d'analyse comprend six phases, qui sont présentées de façon linéaire, bien que ce soit un processus itératif. Un va-et-vient constant entre la collecte et l'analyse des données a donc été effectué. Le tableau suivant présente un résumé des six phases de l'analyse thématique. Chacune des étapes sera présentée plus en détail par la suite.

Tableau 1. Présentation des étapes de l'analyse thématique (Tiré de Braun et Clarke, 2006, p. 87 [Traduction libre])

Phase	Description du processus
1. Se familiariser avec les données	Transcrire les données. Lire et relire les données. Inscrire les premières idées.
2. Générer les codes initiaux	Coder les éléments intéressants dans les données de façon systématique à travers l'ensemble des données. Regrouper les données pertinentes pour chacun des codes.
3. Chercher pour les thèmes	Regrouper les codes sous un thème potentiel. Relever toutes les données pertinentes pour le thème potentiel.
4. Réviser les thèmes	Vérifier la cohérence du thème en relation avec les extraits de verbatim (niveau 1) pour ensuite vérifier avec l'ensemble des données (niveau 2). Générer un tableau de l'analyse.
5. Définir et nommer les thèmes	Raffiner la spécificité de chacun des thèmes ainsi que l'histoire globale rapportée par l'analyse. Générer les noms des thèmes ainsi que des définitions claires pour chacun.
6. Produire le rapport	Dernière opportunité de l'analyse. Sélection des extraits convaincants, analyse finale des extraits choisis, retour à la question de recherche ainsi qu'à la littérature. Rédaction du rapport de recherche.

1. Se familiariser avec les données

Pour que cette phase soit possible, l'entièreté des enregistrements a été transcrite, dont les bruits et les rires. Afin de faciliter l'organisation et la gestion des données, les logiciels Word et Excel ont été utilisés tout au long du processus d'analyse. L'organisation des données étant essentielle, chacun des textes a été daté, paginé et chacune des lignes a été numérotée. L'ensemble des données a été rassemblé dans un dossier, dont les transcriptions ainsi que les données extraites des documents et du journal de bord. Par la suite, l'étudiante-chercheuse a fait de multiples lectures et relectures des données afin de favoriser une immersion dans les données. Cette lecture était active et visait une recherche des sens et des *patterns* se dégageant des données. Des notes étaient prises durant ces lectures afin de conserver des traces des réflexions.

2. Générer les codes initiaux

Cette phase a commencé lorsque la familiarité avec les données a été acquise et que les premières idées ont été soulevées. Les premiers codes ont été générés à cette phase. Les codes soulignaient les caractéristiques des données et permettaient l'organisation des données. Utilisant une approche inductive, les codes utilisés restaient proches des données. Un exemple de code réalisé sur un extrait de verbatim est présenté au tableau 2. Par ailleurs, deux suffixes étaient utilisés tout au long du codage afin d'identifier la source de données et le titre d'emploi (voir Annexe G). Par exemple, les suffixes *EP* permettait de savoir que le code avait été attribué à un segment de verbatim provenant d'une entrevue réalisée auprès d'une préposée. Grâce à ces suffixes, il était aisé de retrouver les éléments dans les données brutes. Dans l'extrait de verbatim qui suit, le « I » indique que les propos proviennent de l'intervieweuse et le « P » de la participante.

Tableau 2. Exemple de codes sur un extrait de verbatim

Numéro de la ligne	Verbatim	Codes
141	I : Pis l'auxiliaire, elle a, a [a n'a pas de] complète jamais ?	
142		
143	P : Non, parce que y a pas d'auxiliaires de nuit au 3 ^e .	Fonctionnement - Pas d'infirmière/d'auxiliaire sur tous les étages de soir et de nuit - EP
144		
145	I : Ah, c'est, c'est l'assistante qui couvre tout [oui], pis les auxiliaires sont sur les [y a] deux autres étages.	
146		
147	P : C'est ça. Fait que [c'est ça] l'autre, a va pallier aux trois étages.	Fonctionnement - Pas d'infirmière/d'auxiliaire sur tous les étages de soir et de nuit - EP
148		
149	I : Fait que si le moins, si c'est agité, qu'y a du travail cette nuit-là [oui, c'est ça], elle passe.	
150		
151	P : Si les filles sont plus ou moins habituées, les filles de nuit, ben y diront, y rapporteront peut-être pas tout ce qui s'est passé aussi là. Fait que ça, c'est comme pas toujours évident.	Irritant - Quand pas de suivi sur ce qui se passe - EP Personnel non régulier - Suivi moins rigoureux quand les personnes ne sont pas habituées - EP

3. Chercher pour les thèmes

Cette phase a eu lieu lorsque l'ensemble des données a été codé. À ce moment, le niveau d'analyse s'élevait en regroupant les codes sous des thèmes. Considérant que chacune des équipes devait être considérée dans son unicité, les codes d'une même équipe ont été regroupés

dans un même tableau, permettant d’avoir une perspective de l’ensemble de l’équipe. Le tableau 3 illustre un exemple d’une compilation de codes d’une équipe.

Tableau 3. Exemple de compilation de codes d’une équipe

Liste de codes	I	P	A
Facteur influençant négativement la collaboration - Les difficultés vécues en dehors du travail - EI			x
Facteur influençant négativement la collaboration - Les personnes qui ne veulent rien entendre, dure d'approche, avec qui c'est difficile de discuter - EP	x	x	
Facteur influençant négativement la collaboration - les rencontres d'équipes qui sont erratiques - EA		x	
Facteur influençant négativement la collaboration - Manque d'écoute - EP	x	x	x
Facteur influençant négativement la collaboration - Manque d'entraide entre les membres de l'équipe - EP		x	x
Facteur influençant négativement la collaboration - Manque de communication - EA	x		x
Facteur influençant négativement la collaboration - manque de rencontre d'équipe - EI		x	
Facteur influençant négativement la collaboration - Manque de suivi quand n'a pas d'infirmière/infirmière auxiliaire sur les étages - EI	x		
Facteur influençant négativement la collaboration - manque de temps pour faire des rencontres d'équipe - EA		x	
Facteur influençant négativement la collaboration - Ne pas avoir d'infirmière/d'auxiliaire sur tous les étages de soir et de nuit - EI	x		
Facteur influençant négativement la collaboration - Ne pas avoir de plaisir au travail - EI	x		
Facteur influençant négativement la collaboration - Ne pas comprendre la logique derrière les demandes ou les changements - EI			x

Par la suite, l’utilisation d’un soutien visuel, tel un schéma illustrant des associations ainsi qu’une certaine organisation hiérarchique des codes, a été utilisé. Cela a simplifié le regroupement des codes et la réflexion sur les liens unissant les différents thèmes identifiés ainsi que le niveau d’importance de ces derniers. Cette phase a permis d’obtenir un aperçu de la signification de chacun

des thèmes. La figure 4 qui suit offre un aperçu d'une ébauche de hiérarchie utilisée ayant facilité l'identification des *patterns*.

Figure 4. Hiérarchie de codes

Connaissance et confiance en mes collègues

Personnel non régulier - Manque de confiance envers les personnes moins habituées - EA

Conflit - C'est difficile quand ce qui est rapporté n'est pas considéré par une infirmière pas habituée - EA

Irritant - Quand les problèmes sont récurrents malgré que des rappels ont été faits - EI

Conflit - quand une personne n'accomplit jamais les tâches qu'elle devrait - EA

Facteur influençant négativement la collaboration - le manque de suivi entraîne un manque de confiance - EA

Irritant - Quand une personne dit que oui elle le fera, mais qu'il n'y a pas de suivi - EA

Rôle

Facteur influençant négativement la collaboration - Manque de connaissance des rôles et tâches de chacun - EI

Facteur influençant négativement la collaboration - Certaines personnes ne reconnaissent pas l'importance du rôle des préposées, préposée qui ne se sent pas reconnue - EI

Conflit - en raison des rôles qui ne sont pas suffisamment bien défini -EP

Rôle - Zone grise dans la limite des rôles - EI

Rôle - Les descriptions ne tiennent pas compte de la réalité terrain - EI

Rôle - Les rôles sont parfois mal définis laissant place à l'interprétation - EI

Irritant - Quand l'infirmière délègue à la préposée des tâches qui lui reviennent - EP

Plan de travail - Parfois un moyen pour les infirmières de déléguer des tâches qu'elles ne devraient pas déléguer - EP

Rôle - Zone grise, préposée accepte de faire des tâches qui ne lui appartient pas pour ne pas voir souffrir-EP

4. Réviser les thèmes

Ayant pour objectif de raffiner des thèmes, cette phase a eu lieu en deux étapes. La première impliquait une révision de l'ensemble des verbatim associé à un code afin de valider la cohérence du *pattern* ou du sens sous un même thème. Si après une relecture, la concordance semblait être présente, il était alors possible de passer à la seconde étape. Dans le cas contraire, il fallait rechercher ce qui ne fonctionnait pas, revoir le thème, replacer le code sous un thème qui lui convenait mieux, l'écarter de l'analyse ou encore en créer un nouveau. Similaire à la première étape, la seconde impliquait le même travail, mais au lieu de seulement revoir les codes sous un thème à la fois, ces derniers étaient analysés à la lumière de l'ensemble des données. La révision des thèmes s'est arrêtée quand le raffinement n'amenait aucun changement significatif, tel que recommandé par Braun et Clarke (2006).

5. Définir et nommer les thèmes

Une fois les thèmes bien identifiés, chacun d'entre eux ont été circonscrits. En fait, un travail d'écriture a été requis afin de nommer et de définir chacun des thèmes. Chaque thème analysé a été appuyé par des extraits de verbatim. Cette phase visait à rendre explicite ce que chaque thème inclus et n'inclus pas. De plus, cette phase a permis de s'assurer que les thèmes soient distincts. Lorsque deux thèmes se chevauchaient, il était alors nécessaire de retourner en arrière pour les revoir et les raffiner.

6. Produire le rapport

Une fois les thèmes bien définis, la rédaction des résultats a commencé. En plus d'avoir la capacité de démontrer la complexité de la situation étudiée, les résultats sont présentés de façon concise et précise. Des extraits de verbatim pertinents ont été intégrés afin d'appuyer l'analyse réalisée. Des liens ont été faits avec les questions de recherche ainsi qu'avec la littérature disponible. Considérant qu'il importe de bien saisir l'unicité et la complexité de chacun des cas dans son contexte (Stake, 1995), une description de chacun des cas a été réalisée sous forme de tableau synthèse. Cela a permis de bien saisir les différentes réalités pour ensuite les comparer entre elles (Stake, 1995).

Critères de scientificité

Afin d'assurer la véracité des résultats de la recherche, les critères de scientificité de Lincoln et Guba (1985), comme rapporté dans Loiselle et Profetto-McGrath (2007), ont été retenus, soit la crédibilité, la fiabilité, la confirmabilité, ainsi que la transférabilité. Dans les prochaines lignes, nous définirons chacun de ces critères et décrirons les stratégies que nous avons utilisées.

Crédibilité. La crédibilité réfère à la vraisemblance des résultats, soit à la confiance que l'on peut attribuer au fait que les résultats correspondent à la réalité du milieu (Lincoln et Guba, 1985; Loiselle et Profetto-McGrath, 2007). Une stratégie pour accroître la crédibilité a été la triangulation qui consiste en l'utilisation de plusieurs méthodes dans le but de nuancer ou de préciser les données recueillies (Houghton, Casey, Shaw et Murphy, 2013). Dans le cadre de cette recherche, nous avons utilisé une triangulation des participantes (infirmière, infirmière auxiliaire, préposée) ainsi que des sources de données (questionnaire sociodémographique, entrevues semi-structurées individuelles, journal de bord). De plus, une vérification externe a été réalisée pour valider les interprétations, et vérifier si d'autres interprétations étaient envisageables (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007). De ce fait, des discussions ont eu lieu entre l'étudiante-chercheuse et sa directrice de maîtrise pour vérifier la crédibilité des interprétations des données.

Fiabilité. Ce critère de scientificité renvoie à la possibilité qu'un autre chercheur arrive aux mêmes résultats, bien que la reproductivité exacte soit improbable (Houghton et al., 2013; Lincoln et Guba, 1985). De ce fait, les transcriptions d'entrevue et les documents seront conservés pour une période de sept ans permettant ainsi, au besoin, à un vérificateur externe de les consulter. De plus, la tenue rigoureuse du journal de bord a été essentielle afin de conserver les traces des décisions méthodologiques qui ont été prises ou encore les interprétations qui ont été faites. Cette source de donnée a permis à un vérificateur externe, tel que la directrice de l'étudiante-chercheuse, de vérifier la façon dont s'est déroulée la recherche pour ensuite juger de sa scientificité (Lincoln et Guba, 1985).

Confirmabilité. La confirmabilité correspond à la possibilité qu'une autre personne arrive aux mêmes résultats à partir des mêmes données (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007). Pour ce faire, il importe de conserver les données brutes telles que les transcriptions d'entrevues, les notes d'observations et les documents qui auront été considérés (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007). De plus, ces données ont été utilisées, entre autres, dans les résultats par l'insertion d'extraits de verbatim considérés particulièrement pertinents pour soutenir les résultats.

Transférabilité. Ce concept réfère à la capacité de transposer les résultats de la recherche à un autre milieu. Stake (1994, 1995) mentionne que l'objectif d'une étude de cas est d'offrir une description riche afin que le lecteur puisse tirer ses propres conclusions sur la transférabilité. Une description détaillée des résultats est donc offerte au lecteur qui inclut les éléments concernant le contexte, la méthode ainsi que de nombreux exemples provenant des données permettant ainsi au lecteur de construire ses propres interprétations (Houghton et al., 2013; Lincoln et Guba, 1985; Stake, 1995).

Saturation : La saturation des données est un terme utilisé pour signifier la redondance des données. Elle est considérée comme étant atteinte lorsqu'aucune nouvelle information n'est obtenue des données (Lincoln et Guba, 1985). En raison du nombre de volontaires, quatre cas ont été recrutés, plutôt que les trois planifiés au départ. La rapidité à laquelle les entrevues semi-structurées ont été menées a limité l'utilisation du critère de saturation pour mettre un terme au recrutement. Toutefois, l'analyse des données a démontré qu'une certaine redondance des données a été obtenue, ce qui est prévue à la maîtrise.

Considérations éthiques

Afin d'assurer que ce projet soit éthiquement acceptable, il a reçu une approbation éthique du milieu où s'est déroulée l'étude, ainsi que du comité d'éthique de la santé de l'Université de Montréal. Tout au long de cette recherche, les principes éthiques énoncés par les trois Conseils (Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Instituts de recherche en santé du Canada, 2014) ont été

respectés, soit le respect des personnes, la préoccupation pour le bien-être ainsi que la justice. Pour se faire, trois principaux points sont abordés ci-après soit le consentement libre et éclairé, la confidentialité, ainsi que la protection contre les inconvénients.

Consentement libre et éclairé. Comme mentionné précédemment, une lettre d'invitation a été transmise à l'infirmière-chef, pour qu'elle soit distribuée aux membres de l'équipe de soins, afin d'aviser l'équipe de soins de la tenue de la recherche. Une rencontre a été organisée avec l'infirmière-chef, lui permettant ainsi de mieux comprendre le projet et de questionner l'étudiante-chercheuse. À ce stade, aucun consentement écrit n'était prévu. Cependant, un consentement libre, éclairé et continu a été demandé aux personnes qui ont participé aux entrevues semi-dirigées (Conseil de recherches en sciences humaines du Canada et al., 2014). Ce consentement était libre dans le sens où aucune pression n'a été exercée en lien avec leur participation. Comme mentionné précédemment, considérant l'implication de l'infirmière-chef dans le recrutement, leur consentement a été demandé à différents moments, en plus de leur souligner la possibilité de se retirer à tout moment. Il était éclairé, car avant de procéder à l'entrevue, un formulaire de consentement décrivant le projet a été remis et expliqué aux participantes (voir annexe H). Les participantes ont eu l'opportunité de poser l'ensemble de leurs questions avant que l'entrevue ne débute (Saint-Arnaud, 1999). Finalement, ce consentement a été continu dans le sens où il a été maintenu tout au long de l'étude, ce qui sous-entend qu'il leur était permis de retirer leur consentement en tout temps.

La confidentialité. Afin d'assurer la confidentialité des participantes, diverses méthodes ont été utilisées. Premièrement, un numéro d'identification a été attribué à chacune des participantes afin de préserver leur anonymat. Les renseignements ainsi codés protègent l'identité des participantes tout en permettant à l'étudiante-chercheuse de les retracer au besoin. Deuxièmement, un nom fictif a été attribué à chacune des participantes afin de rendre la lecture des documents plus agréable tout en dissimulant l'identité. Troisièmement, une attention a été portée à la description qui a été rédigée pour chacun des cas afin que les détails rapportés ne permettent pas l'identification des participantes. Quatrièmement, l'ordinateur utilisé dans le cadre de la recherche est protégé, les fichiers ont un mot de passe. Cinquièmement, tous les documents papier, tels que les consentements, ainsi que les enregistrements sont conservés dans

un classeur barré accessible uniquement à l'étudiante-chercheuse et à sa directrice et ce, pour une période de sept ans. Une exception concerne les enregistrements qui ont été détruits une fois la transcription terminée.

La protection contre les inconvénients. Découlant du principe de bienfaisance, les avantages liés à la participation à la recherche doivent être supérieurs aux inconvénients qui doivent être minimisés au maximum (Conseil de recherches en sciences humaines du Canada et al., 2014; Saint-Arnaud, 1999). Considérant la nature de certaines questions, il était possible que des souvenirs peu plaisants refassent surface et des mesures avaient été prévues si cela se manifestaient. Toutefois, aucun incident n'est survenu.

Chapitre 4 : Résultats

Ce chapitre vise à présenter les résultats obtenus à la suite de l'analyse des données et qui répondent au but ainsi qu'aux questions de recherche. Il est divisé en quatre sections. La première permet de dresser un aperçu du contexte dans lequel l'étude s'est déroulée. La seconde présente les caractéristiques des participantes. La troisième offre une description des cas ayant participé à l'étude et la dernière section expose les thèmes ayant émergé de l'analyse thématique.

Au cours de cette présentation, des extraits de verbatim seront présentés pour bien démontrer le sens du thème. Afin de pouvoir retracer la provenance du verbatim, un code est ajouté à la suite de l'extrait. La première lettre du nom fictif donnée aux participantes correspond au cas auquel elle appartient. À titre d'exemple, le code « Bianca, inf., ligne 56 » signifie que l'extrait de verbatim provient de l'entrevue avec l'infirmière Bianca, la première lettre de son nom rappelant qu'elle fait partie du cas B. Ensuite, c'est l'abréviation du titre d'emploi qui est indiqué. Dans ce cas-ci, « inf. » signifie infirmière. L'abréviation « inf. aux. » pour infirmière auxiliaire et « PAB » pour préposée. Finalement, les chiffres indiquent le numéro de lignes de l'extrait de verbatim sélectionné.

Historique sur le contexte au moment de l'étude

Au cours de l'année 2016, le milieu de l'étude a été touché par des coupures qui ont eu lieu dans le domaine de la santé. En fait, trois postes de préposées ont été abolis et un poste d'infirmière a été transformé en poste d'infirmière auxiliaire. Les participantes mentionnent avoir vécu difficilement cette situation. Elles rapportent que cela a entraîné, par exemple, une augmentation de leur charge de travail, du nombre de plaies, une difficulté à assurer les suivis, un fonctionnement chaotique ainsi qu'un climat de travail négatif. De plus, cette situation est décrite comme ayant été lourde tant sur le plan physique que psychologique pour les soignantes.

Au printemps 2017, des ajouts de soignantes ont eu lieu, soit la création d'un poste d'infirmière et de deux postes de préposées. Pour cette raison, certaines participantes mentionnent être en période d'adaptation post-coupures, dans le sens où elles ne sont pas encore adaptées à la nouvelle structure et que le climat de travail se rétablit tranquillement.

Caractéristiques sociodémographiques des participantes

Les caractéristiques sociodémographiques des participantes (n=12) sont présentées au tableau 4. Dans un souci de préserver la confidentialité des participantes, ces caractéristiques sont présentées de façon globale et non pas en fonction des cas. Tout d'abord, les participantes sont toutes des femmes âgées de 26 à 61 ans. Elles ont entre 5 à 33 ans d'expérience dans le domaine de la santé. En ce qui concerne leur expérience en CHSLD, elle varie entre 3,5 à 29 ans. Ces chiffres indiquent que la majorité de leur expérience a été acquise en CHSLD. Pour ce qui est de la formation sur la douleur, elle avait été reçue sous forme de capsules ou lors d'une formation sur les soins palliatifs. En ce qui concerne la formation sur la collaboration, elle avait été dispensée sous la forme de capsule ou encore lors de cours à l'université.

Tableau 4. Données sociodémographiques

Caractéristiques des participantes		N = 12
Genre		
	Femme	12 (100%)
Âge		
	Moyenne \pm écart-type	46,9 \pm 11,4 ans
Formation		
	Infirmière	
	Infirmière clinicienne	1 (8,3%)
	Infirmière technicienne	3 (25%)
	Infirmière auxiliaire	4 (33,3%)
	Préposée	4 (33,3%)
Années d'expérience en santé		
	Moyenne \pm écart-type	15,9 \pm 9,3 ans
Années d'expérience en CHSLD		
	Moyenne \pm écart-type	14,1 \pm 8,4 ans
Années d'expérience sur le même étage		
	Moyenne \pm écart-type	5,7 \pm 4,7 ans
Formation sur la douleur		
	Infirmière	3 (75%)
	Infirmière auxiliaire	4 (100%)
	Préposée	2 (50%)
Formation sur la collaboration		
	Infirmière	2 (50%)
	Infirmière auxiliaire	1 (25%)
	Préposée	2 (50%)

Afin de dresser un portrait des différentes équipes de de soins, la section suivante en présente les principales caractéristiques.

Présentation des cas

Cas A : On suit le courant. Cette équipe se caractérise par sa capacité à s'adapter aux résidents pour répondre à leurs besoins, mais sans exprimer le désir d'améliorer sa pratique. Dans cette équipe qui œuvre sur le quart de travail de jour, l'infirmière Aline relate que de belles réalisations ont découlé des efforts de son équipe de soins. Par exemple, elle mentionne que, pour un résident en lourde perte d'autonomie, le travail de son équipe a permis l'amélioration de sa condition physique. Elle explicite que l'équipe de soins s'est mobilisée pour mettre en place les interventions requises afin d'augmenter le tonus de ce résident. Bien que cette équipe mentionne des exemples démontrant leurs soucis de bien faire les choses, aucune participante n'a souligné l'utilisation de stratégies d'amélioration lorsque des difficultés ou des incidents surviennent, tels que de la formation ou encore des lectures pour approfondir ses connaissances.

Par ailleurs, l'ensemble des participantes de cette équipe a souligné l'importance de la contribution de chacune des membres de l'équipe.

C'est, ce sont des membres de l'équipe et y en a pas une qui est plus fine que l'autre, on a toutes notre rôle à jouer, et on peut pas dénigrer celui de l'autre. Elles ont, j'ai besoin d'elles, elles ont besoin de moi. (Aline, inf., ligne 159)

Dans un autre ordre d'idée, la préposée de cette équipe, Alessa, exprime avoir beaucoup d'espace décisionnel pour établir le plan de travail des préposées. Elle explique qu'il y a des discussions entre les préposées pour ensuite aller voir l'infirmière afin de partager leurs idées. L'infirmière Aline affirme apprécier cette façon de fonctionner. Elle voit dans cette implication une preuve de leur sentiment d'appartenance.

Au niveau du fonctionnement, les participantes mentionnent que certaines règles sont établies afin de tenir compte de la réalité de chacune des membres de l'équipe de soins et de rendre leur travail plus efficace. Par exemple, l'infirmière souligne qu'une règle informelle au sein du CHSLD est de ne pas déranger l'infirmière auxiliaire durant la distribution de la médication. Par contre, cette règle informelle ne semble pas être connue de toutes les membres de cette équipe. En effet, l'infirmière auxiliaire Andréanne exprime concevoir comme un

manque de respect le fait que les préposées aillent directement voir l’infirmière plutôt qu’elle, tel que l’extrait qui suit le démontre :

Mais la préposée, elle me passe dessus, elle veut prendre le téléphone, pis « va [pas] voir l’infirmière parce que moi, je suis en avant de vous là. Viens me voir, pis moi, je peux aller voir l’infirmière » [...] Mais dans le climat présentement, y a un non-respect là-dessus. [...] moi c’est ça, je [le] prends comme un non-respect (Andréanne, inf. aux., ligne 70).

Cas B : On est délaissée. Ayant la particularité de ne pas avoir d’infirmière attitrée sur leur étage comme pour le quart de jour, cette équipe de soir est qualifiée de « délaissée » par une participante. Sur ce quart de travail, seules deux infirmières sont présentes au CHSLD, soit une infirmière et une infirmière assistante du supérieur immédiat (ASI). Ces deux infirmières doivent répondre aux besoins des 100 résidents répartis sur les trois étages de la résidence, ce qui rend le ratio infirmière : résident plus élevé et réduit leur proximité avec les équipes de soins. De ce fait, l’infirmière ASI Bianca souligne l’importance de bien établir les priorités et que plusieurs situations se règlent grâce à un appel téléphonique, sans qu’elle ne se déplace. De plus, considérant cette distance et la charge de travail, Bianca spécifie l’avantage de bien connaître les membres de son équipe ainsi que la nécessité de développer un lien de confiance envers chacune.

Ben, je te dirais, c’est, de la confiance, ça se gagne, hein. Au début, moi je te connais pas, tu vas m’appeler pour des DVI [double identification infirmière] « attends, je m’en viens. T’sais, tu donnes, tu donnes rien, pis attends, je veux voir la situation ». T’sais, moi au début, je les teste (Bianca, inf., ligne 60).

Par ailleurs, Bianca indique que la limite des rôles de chacun est floue à certains égards. À titre d’exemple, elle soulève la confusion des préposées qui ne savent pas clairement quand elles doivent se référer à l’infirmière auxiliaire ou directement à l’infirmière. De son côté, l’infirmière auxiliaire Brigitte indique faire des réunions d’équipe quotidienne, donc assumer un certain leadership de son équipe. Pour sa part, l’infirmière ASI rapporte avoir de la difficulté à respecter son rôle, tel que souligné dans l’extrait suivant :

[...] je te dirais que techniquement, ASI, tu devrais plus faire du bureau pis de la gestion dans [le bureau]. Je suis pratiquement tout le temps [sur les étages].

T'sais, je passe la moitié de mon temps sur le plancher « ah, veux-tu que j'aide t'aider pour ta formation? Veux-tu, ah, y a une chute, je vais y aller ». T'sais, moi-même, je respecte pas mes, mes, mes tâches [...] (Bianca, inf., ligne 88).

Par ailleurs, certaines membres de cette équipe décrivent les tâches des autres comme étant moins nombreuses que les leurs, tels que l'infirmière qui n'accomplirait pas beaucoup de tâches selon Brigitte, infirmière auxiliaire : « Elle [l'infirmière] est là juste pour faire le DVI [double identification infirmière], c'est tout » (ligne 205).

En ce qui concerne la circulation de l'information, l'ensemble de cette équipe de soins souligne que la communication verbale est importante. Par contre, elle est décrite comme peu présente. Par exemple, l'infirmière auxiliaire Brigitte mentionne qu'il peut y avoir des quarts de travail complet sans adresser la parole à l'infirmière. Pour ce qui est de la collaboration, Brigitte souligne qu'il y en aurait entre elle et les préposées, mais que l'infirmière travaillerait plus de son côté, en silo.

Cas C : On peut faire mieux. Cette équipe de jour mentionne à plusieurs occasions au cours des entrevues leur volonté ou des solutions possibles pour améliorer leur fonctionnement. Par exemple, l'infirmière Carole souligne des pistes de solutions afin d'améliorer la pratique, telles que : « Euh, ben c'est quelque chose qu'on veut réintroduire [les échelles d'évaluation de la douleur]. On l'a, on les a, tout, t'sais, sont tous disponibles, mais sont pas intégrés » (Carole, inf., ligne 28). De son côté, Christine, la préposée, relate l'importance des rencontres d'équipe pour optimiser les soins offerts :

Pis c'est pour ça qui faut avoir, en avoir des rencontres pis des réunions, mais structurées. Pas pour parler des ch..., du chialage de un pis de l'autre, vraiment pour parler, un résident à la fois, pis comme tu dis qu'est-ce qu'on peut améliorer? Comment est-ce qu'on pourrait améliorer, oui (Christine, PAB, ligne 364).

Par ailleurs, cette équipe se distingue en soulignant l'importance de faire des suivis du personnel afin de s'assurer de la qualité des soins octroyés. Par exemple, l'infirmière Carole précise l'importance de faire une certaine surveillance auprès du personnel à la suite de l'implantation d'une nouvelle procédure pour s'assurer qu'elle est bien intégrée à la pratique.

De son côté, la préposée Christine mentionne aussi ce besoin de surveillance pour s'assurer de la rigueur dans les soins, tel que le démontre l'extrait suivant :

Pis [il faut] rappeler aux gens [aux personnels] aussi qu'on est ici pour eux [les résidents]. [...] Parce que on, on est trop porté des fois à parler de la fin de semaine à l'autre ou « qu'est-ce que tu vas faire? » ou « t'as été en voyage? », « oui », pis t'sais, mais le résident qui est. Y en a que ça les dérange pas, y en a que, qu'y en, qui, qui écoute ça, pis qui trouve ça intéressant. Y n'a d'autres que « t'es-tu ici pour ça ou t'es ici pour moi, t'sais? ». Fait que de se le refaire penser [de se concentrer sur le résident], c'est, c'est bon... (Christine, PAB, ligne 327).

En ce qui concerne les rôles de chacune des membres de l'équipe, la préposée Christine mentionne qu'ils ne sont pas aussi étendus qu'ils devraient l'être. Par exemple, Christine mentionne que le rôle de l'infirmière vise surtout à compléter des documents, à effectuer des tâches administratives, et non à être auprès du résident ou à être proche de son équipe. L'extrait suivant décrit le rôle de l'infirmière auxiliaire Céline, tel que perçu par Christine :

Je, je trouve ça dommage parce que je trouve qu'ils les [infirmières auxiliaires] ont trop mis juste à passer les pilules. [...] Avant, je trouvais que y avaient plus le temps. Maintenant, je trouve que c'est un travail à la chaîne (Christine, PAB, ligne 59).

Cas D : On va devenir un modèle à suivre. Devenir le modèle à suivre, c'est l'ambition que l'infirmière Diane chérit pour son équipe de jour. Elle dit croire sincèrement au potentiel des membres de son équipe et souhaite les amener à se surpasser. Pour se faire, Diane mentionne miser sur le potentiel de chacun, leur fournir des explications précises sur ses besoins d'information en plus de leur offrir des capsules de formation. Le prochain extrait démontre cette vision de Diane :

Plus tu vas la maximiser [ton équipe], plus tu vas avoir du feedback, plus tu vas avoir le retour du balancier, pis tu vas avoir ton retour d'information que tu recherches, pis ça va être de plus en plus juste les données [que l'équipe va te rapporter]. Parce que tu vas les informer, tu vas leur donner des formations, tu vas les outiller deux fois plus. Alors, écoute, ça va [ton équipe] devenir des référents (ligne 457).

Aussi, Diane mentionne que de bien connaître les membres de son équipe de soins comporte des avantages. Elle explique leur distribuer des responsabilités en fonction de leurs forces respectives. Elle ajoute que cette connaissance lui permet d'organiser ses journées selon les personnes qui seront présentes.

Malgré les efforts de cette infirmière, il arrive que des incidents surviennent. Au lieu de se décourager, Diane affirme que les performances moins reluisantes sont considérées comme une opportunité de réfléchir, en équipe, à des moyens de s'améliorer.

Pis des fois, je me dis « ben écoute, j'avais une équipe qui était formidable, mais il s'est passé ça aujourd'hui, on, on a eu telle chute, tel accident. Mais on va essayer de reprendre ça dans une capsule pour dire qu'est-ce qu'on aurait pu faire de meilleur », t'sais (Diane, inf., ligne, 178).

Diane explique aussi que les relations entre collègues ne sont pas toujours faciles. Il arrive que des tensions surviennent entre elles comme le démontre le prochain extrait. Par contre, les membres de cette équipe disent bien se connaître, ce qui leur permet une meilleure compréhension des comportements ou des réactions de chacune aidant ainsi de surmonter les difficultés. De plus, les participantes soulignent être capables d'aborder les problèmes entre elles, permettant ainsi de les surmonter.

Mais t'sais, c'est sûr qu'on a, on a des frictions, pis c'est sûr qu'on a des, des, des divergences d'opinions, pis c'est sûr que Dorice, la préposée, j'ai appris à la connaître. Dorice, des fois, est, est brusque. Moi, aussi des fois, je suis brusque. [...] on se le dit pis on tourne la page, c'est fini, [...] (Diane, inf., ligne 134).

En somme, bien que ces quatre équipes proviennent d'un même établissement, plusieurs éléments les différencient les unes des autres. La section qui suit permet de mieux comprendre les facteurs influençant la collaboration des équipes de soins.

Présentation des thèmes

À la suite de l'analyse des données, cette section présente les thèmes ayant émergé et qui répondent au but de la présente étude. Cette analyse a permis d'identifier six thèmes interdépendants qui offrent une meilleure compréhension de la collaboration au sein des équipes

de soins quant à la gestion de la douleur chronique chez les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs en CHSLD. Le tableau 5 qui suit offre une présentation de l'ensemble des thèmes et des sous-thèmes. Par la suite, une description de chacun de ces thèmes est présentée.

Tableau 5. Présentation des thèmes et des sous-thèmes

Les thèmes	Les sous-thèmes
1) Qui je suis et ma perception de mon rôle colorent ma pratique collaborative	Je ressemble à mes collègues sur certains points, mais je m'en distingue sur d'autres
	Je connais mon rôle, mais parfois il n'est pas si clair et je me sens impuissante
2) Ma connaissance de mes collègues module la dynamique d'équipe	Ma connaissance des caractéristiques de mes collègues influence mon sentiment de confiance
	Ma connaissance du rôle de mes collègues influence ma collaboration
3) La qualité de mes interactions avec mes collègues influence notre collaboration	De la civilité à la reconnaissance: des moyens pour améliorer la collaboration
	L'entraide et l'implication de toutes, dans le respect des rôles de chacune, modulent la collaboration
4) Des problèmes et des objectifs divergents, c'est inévitable, mais peut-on s'entendre?	Les problèmes, c'est inévitable; les résoudre, c'est un art pas toujours maîtrisé
	Certains objectifs sont communs, d'autres le sont moins
5) La circulation de l'information est essentielle, mais manque parfois d'efficience	Les outils de communication écrits sont indispensables: Mais trop, c'est comme pas assez
	La communication verbale: Un équilibre précaire entre la qualité, la quantité et la pertinence des informations transmises
6) Les éléments organisationnels sont hors de notre contrôle	Les ressources limitées compliquent la collaboration des équipes de soins
	Le style de gestion de l'infirmière-chef influence le fonctionnement des équipes
	Pour faire ce qu'il y a de mieux, les gestionnaires de l'organisation ont aussi des responsabilités

Qui je suis et ma perception de mon rôle colorent ma pratique collaborative. Ce premier thème s'intéresse à l'unicité de chaque personne au sein de l'équipe de soins ainsi qu'à la perception de son rôle qui influence la collaboration quant à la gestion de la douleur chronique chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs. Deux sous-thèmes ont découlé de ce thème. Le premier concerne des caractéristiques qui sont similaires d'une personne à l'autre sur certains points, tout en se distinguant sur d'autres. Le second a pour objet les perceptions qu'ont les participantes de leur propre rôle professionnel, ainsi que certains constats communs sur leur rôle.

Je ressemble à mes collègues sur certains points, mais je m'en distingue sur d'autres. L'analyse des données a permis de dégager que certaines caractéristiques sont similaires entre les membres d'une équipe de soins, mais que d'autres le sont moins. Les participantes se ressemblent en soulignant que d'être bien au travail contribue à favoriser la collaboration entre les membres de l'équipe de soins, dont sur la gestion de la douleur chronique chez la personne atteinte de troubles cognitifs. Bien que le besoin d'être bien soit identifié par l'ensemble des participantes, elles mentionnent que chaque personne est différente. Les propos des participantes révèlent que ces différences ne se limitent pas au titre d'emploi puisqu'elles se retrouvent aussi parmi les personnes appartenant à un même titre d'emploi. Elles mentionnent que ces différences influencent la collaboration au sein des équipes de soins ainsi que la gestion de la douleur chronique chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs. Les similitudes sont d'abord présentées, puis les différences.

Parmi les similitudes, notons les divers éléments permettant d'être bien au travail. Certaines participantes formulent tirer ce bien-être de la satisfaction du travail accompli en équipe, dont lors de l'amélioration du bien-être d'un résident grâce à la collaboration des membres de l'équipe. Elles affirment que cette satisfaction les incite à poursuivre la collaboration ainsi qu'à mettre les efforts nécessaires, entre autres, pour mieux gérer la douleur chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs. À titre d'exemple, l'infirmière Aline évoque une situation où les préposées de son équipe ont collaboré et où elles se sont surpassées auprès de résidents pour qu'ils soient plus confortables. Aline affirme que de percevoir les impacts

positifs de leurs efforts contribue à encourager l'équipe à continuer de collaborer pour mieux gérer la douleur chronique chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs.

Les participantes s'entendent aussi pour dire que ce sentiment de bien-être peut être entaché par de l'insatisfaction envers le travail accompli, incluant tout ce qui n'aura pas été effectué malgré de la bonne volonté ou qui n'aura pas été réalisé de façon optimale. À ce propos, l'ensemble des participantes indique ne pas être en mesure d'exécuter l'ensemble de leurs tâches comme elles aimeraient pouvoir le faire, puisqu'elles peinent à terminer les tâches planifiées en raison du manque de temps. Aussi, les participantes mentionnent que cela peut rendre réticentes certaines personnes de l'équipe à collaborer pour de nouvelles tâches, tel que pour mobiliser davantage un résident pour diminuer sa douleur. Les participantes affirment que cette réticence peut causer des tensions entre les membres de l'équipe, nuisant ainsi à la collaboration. Devant cette incapacité à accomplir toutes les tâches, certaines participantes expliquent qu'il est important d'être en mesure d'apprécier ce qui a été accompli et d'en être satisfaite malgré tout ce qu'elles auraient aimé faire de plus, favorisant ainsi la collaboration.

En ce qui concerne les différences, les participantes prétendent que certaines personnes ont une attitude généralement positive tandis que d'autres sont plutôt négatives. Selon les participantes, l'attitude adoptée par chaque personne entraîne des répercussions sur deux volets, soit directement sur soi-même ou sur les collègues de travail. En termes d'impact sur soi-même, les participantes affirment que l'attitude adoptée par chaque personne influence sa propre perception de la journée ainsi que son désir de collaborer avec ses collègues. Par exemple, des participantes identifient qu'une personne qui adopte une attitude négative à la suite d'un incident peut ressentir des sentiments négatifs tel que l'envie de pleurer ou de se retirer amoindrissant ainsi son envie de collaborer avec son équipe, dont à la gestion de la douleur chronique d'un résident. Au contraire, une personne qui a une attitude positive, malgré un incident négatif, peut percevoir cet événement comme un catalyseur pour engager des actions afin d'éviter qu'un tel incident ne survienne à nouveau. À ce propos, l'infirmière Diane mentionne qu'une attitude positive permet de voir un incident comme une opportunité de collaborer avec son équipe pour perfectionner leur fonctionnement, dont pour améliorer la gestion de la douleur chronique chez la personne atteinte de troubles cognitifs.

En termes d'impact sur les collègues de travail, les participantes mentionnent qu'avoir une attitude positive est agréable pour les collègues et contribue à être davantage ouverte aux autres, ce qui favorise la collaboration au sein de l'équipe. À ce propos, la préposée Béatrice explique que lorsqu'elle doit collaborer avec une personne qu'elle apprécie moins, son attitude positive l'incite à être souriante et à entamer la conversation avec cette collègue. Elle indique que cette façon de faire favorise leur collaboration, dont en ce qui concerne la gestion de la douleur chronique. Au contraire, une attitude négative est désagréable pour les collègues et nuit à la collaboration entre les membres de l'équipe de soins. À ce propos, Christine explique qu'une personne ayant une attitude négative influence négativement sa propre attitude :

Ça m'est déjà arrivé, travailler avec une qui était tout le temps négative. Y a tout le temps du chialage, y a tout le temps de quoi qui marche pas, y a tout, c'est jamais correct, pis ce que tu fais, c'est pas correct non plus. Pis ça, c'est débobinant, ça te massacre une journée (Christine, PAB, ligne 222).

Une autre différence soulevée par les participantes est la capacité de chaque personne d'accepter et d'utiliser de façon constructive la critique provenant des autres collègues. Certaines participantes mentionnent qu'il peut être difficile de se faire critiquer par des collègues, ce qui peut nuire à la collaboration. À titre d'exemple, Aline explique qu'une personne de son équipe accepte très difficilement la critique de ses collègues. Elle affirme que cela rend la collaboration plus laborieuse avec cette personne, car il est difficile d'échanger avec elle sur certains points qui fonctionnent moins bien, telle que l'extrait suivant l'indique :

Parce que y en a qui ne prendront pas du tout, du tout, de commentaires d'une autre préposée. [...] Ben, j'en ai toujours des petits moutons noirs qui, qui ne seront pas abordables de même. Même moi en quelque part, je vais avoir de la misère à leur parler, pis à leur dire (Aline, inf., ligne 189).

Un second exemple provient de la préposée Béatrice qui affirme recevoir régulièrement des critiques de ses collègues de travail sur différents points, tels que sa façon de travailler ou encore son heure d'arrivée puisqu'elle arrive parfois un peu plus tôt pour prendre le temps de parler avec les résidents. Elle explique que ces remarques la blessent et rendent la collaboration avec ses collègues plus tendues. Pour être en mesure d'accepter la critique négative de ses pairs, les participantes soulignent qu'il est aidant de bien connaître ses propres forces et faiblesses afin

de ne pas se laisser « détruire » par des commentaires blessants, tout en gardant en tête l'objectif pour lequel elles sont là, soit le bien-être du résident. Au contraire, les critiques émises de façon constructive peuvent inciter à améliorer certaines faiblesses. À ce propos, l'infirmière Aline affirme que des critiques constructives peuvent entraîner des changements positifs, favorisant ainsi la collaboration des équipes de soins pour la gestion de la douleur chronique.

Une autre différence identifiée par les participantes est les caractéristiques qualifiant la façon d'accomplir ses tâches qui diffèrent entre les membres d'une équipe et qui modulent leur façon de collaborer quant à la gestion de la douleur chronique. Elles affirment que ces caractéristiques peuvent influencer le niveau de collaboration au sein équipes de soins. Un exemple de caractéristiques souvent mentionné par les participantes est la minutie de certaines personnes qui font plus que seulement accomplir leurs tâches auprès des résidents. Les participantes indiquent que les personnes minutieuses portent davantage attention aux détails, tel que de positionner confortablement un résident ou de porter une attention particulière au moindre changement au niveau du comportement des résidents, ce qui peut être un signe de douleur. En fait, cette caractéristique favorise la collaboration dans l'équipe de soins, car les participantes soulignent qu'elles ont alors confiance que les soins sont offerts adéquatement. Un autre exemple de caractéristique qui contribue à la collaboration est apporté par Diane. À plusieurs reprises, Diane réitère être une personne qui carbure aux défis. En fait, c'est grâce à ce besoin de défi qu'elle a pu mettre à jour, en collaborant avec l'équipe de soins, un problème de douleur chronique chez une dame ayant un trouble de comportement que personne n'avait réussi à résoudre.

À l'opposé, certaines caractéristiques lors de la réalisation de tâches peuvent nuire à la collaboration. Parmi celles mentionnées par les participantes, notons la nonchalance, l'impulsivité ou encore l'insécurité. Les participantes révèlent que lorsque des personnes sont nonchalantes, il est difficile de collaborer avec elles, car les autres n'ont pas la certitude que les tâches seront accomplies avec minutie, nuisant ainsi à la collaboration. En ce qui concerne l'impulsivité, l'infirmière Diane explique qu'il peut être déstabilisant de travailler avec une personne impulsive. En parlant d'une préposée, Diane raconte que cette personne est habituellement réservée, mais qu'il lui arrive de venir lui parler agressivement dans le bureau

lorsqu'une situation lui déplaît. Diane affirme avoir dû apprendre à la connaître pour être capable de s'y adapter et ainsi collaborer avec elle. Pour ce qui est de l'insécurité, certaines personnes sont moins sûres d'elles que d'autres, ce qui influence leur autonomie. À ce propos, l'infirmière Bianca explique que ces personnes la sollicitent davantage, ce qui peut occasionner des tensions et nuire à la collaboration. En somme, les participantes soulignent qu'elles doivent mettre des efforts supplémentaires afin de collaborer avec des personnes ayant ces caractéristiques prédisposant moins à la pratique collaborative.

Une différence supplémentaire indiquée par les participantes est que la collaboration des membres d'une équipe de soins peut être influencée par des soucis personnels vécus en dehors du travail, qui sont différents d'une personne à l'autre. Ces soucis peuvent avoir un impact sur l'implication des personnes dans leur travail, les portant à être plus centrées sur la tâche ou sur les priorités. Comme Bianca le mentionne, ce n'est pas nécessairement facile de faire abstraction de ses soucis personnels et que cela a un impact sur son travail : « Quand ton, ton petit oiseau travaille sur toi-même, t'es peut-être pas la meilleure pour aller t'occuper des problèmes des autres » (inf., ligne 163).

Aussi, les participantes expriment que leurs expériences personnelles vécues dans le cadre de leur travail ou encore dans leur vie privée influencent leur capacité de collaborer et de gérer la douleur chronique. Elles soutiennent que les expériences passées, où elles ont eu des difficultés de collaboration avec une collègue ou qu'elles ont ressenti elles-mêmes des douleurs articulaires, peuvent les aider à trouver des solutions pour mieux faire face aux difficultés de collaboration entre les membres de l'équipe pour la gestion de la douleur chronique des résidents. À titre d'exemple en lien avec la collaboration, la préposée Christine mentionne qu'elle évite une personne de son équipe avec qui elle a des rapports tendus, puisque cette stratégie s'est avérée efficace pour elle par le passé.

Dans le cas de la gestion de la douleur chronique, les participantes identifient que les différences au niveau des expériences douloureuses, vécues personnellement par certaines participantes, influencent aussi leur collaboration quant à la douleur chronique chez un résident. Ainsi, les participantes ayant certaines douleurs chroniques elles-mêmes se disent plus sensibles

à la douleur des résidents. Par exemple, Christine mentionne avoir elle-même certaines raideurs matinales qu'elle soulage par la mobilisation. Elle transpose cette expérience dans sa pratique en soulignant l'importance de la mobilité pour préserver l'autonomie des résidents, mais aussi pour soulager leurs douleurs.

Finalement, certaines participantes mentionnent que les occasions d'accroître leurs connaissances personnelles peuvent influencer la collaboration ou la gestion de la douleur chronique, par exemple des lectures personnelles, de la formation continue ou encore des personnes rencontrées servant de modèle de rôle. Ces participantes indiquent utiliser ces nouvelles connaissances pour améliorer leur compétence en pratique collaborative ou en gestion de la douleur.

Je connais mon rôle, mais parfois il n'est pas si clair et je me sens impuissante. Pour que la collaboration quant à la gestion de la douleur chronique se déroule bien au sein des équipes de soins, les participantes soulignent l'importance de respecter leur rôle et ses limites. À propos des rôles, les participantes mentionnent bien les connaître, mais que parfois, les frontières entre ces derniers ne sont pas bien définies et qu'il leur arrive de se sentir impuissantes.

Ma perception de mon rôle dans la gestion de la douleur chronique. Afin de mieux comprendre leurs perceptions de leur propre rôle, ce qui suit porte sur les rôles de chacun en commençant par les préposées, puis les infirmières auxiliaires pour ensuite passer aux infirmières.

Les préposées. En plus de leur rôle d'aide aux résidents dans l'accomplissement de leurs AVQ, les préposées rapportent collaborer de différentes façons à la gestion de la douleur des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs. Elles perçoivent leur rôle comme étant d'être l'intermédiaire entre le résident et l'infirmière auxiliaire ou l'infirmière. À ce propos, elles mentionnent aviser l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire lorsqu'elles constatent un changement chez un résident pouvant indiquer de la douleur ou encore lorsqu'un résident les avise verbalement de sa douleur. En raison de leur proximité avec les résidents, elles disent être en

mesure de repérer des changements parfois subtils d'une journée à l'autre, tels qu'un pli au front, qui pourrait indiquer de la douleur et rapporter ces observations à l'infirmière, comme le démontre les propos d'Alessa :

Fait que souvent, on va le voir [la douleur], moi je vais voir si y a un patient est souffrant par son faciès souvent ou si y émet des sons. C'est comme ça je réussis à [savoir s'il est souffrant], ou s'il est plus agressif une journée. T'sais, c'est toutes des petits points que t'sais, tu le sais que la journée d'avant, y était pas comme ça, pis que, pis que le lendemain, t'sais, tu vois les petits yeux, le petit pli dans le front. [...] Fait qu'à ce moment-là, ben on, on va se référer à l'infirmière, à l'auxiliaire, dire que tel résident, y est en douleur (Alessa, PAB, ligne 6).

Un autre rôle perçu par les préposées est de tenter de comprendre ce qui occasionne de la douleur. Lorsqu'elles perçoivent un changement pouvant indiquer de la douleur, elles expliquent utiliser diverses stratégies pour déchiffrer la situation. Pour se faire, elles disent vérifier que le résident est confortablement positionné et tenter de combler les besoins de base, tels que boire, manger ou éliminer. De cette façon, elles affirment s'assurer que c'est bel et bien de la douleur, tel qu'indiqué dans l'extrait qui suit :

Mais on essaie tout, hein pour vraiment être sûr que c'est la douleur ou. T'sais, on l'amène aux toilettes pour voir si c'est pas ça. On y donne à boire, à manger. Pis après ça là, on se dit « ben là, c'est vraiment la douleur », parce que toutes ses, ses besoins ont été comblés dans le fond (Dorice, PAB, ligne 36).

Outre le positionnement et les besoins de base, une préposée souligne que les tentatives pour comprendre ce qui occasionne de la douleur vont parfois plus loin, incluant la vérification du cahier de selles pour valider si la douleur n'est pas occasionnée par de la constipation et au besoin en aviser l'infirmière.

Une fois que la douleur est identifiée, certaines participantes identifient avoir deux autres rôles dans leur collaboration quant à la gestion de la douleur chronique chez les personnes atteintes de troubles cognitifs. Le premier est de prendre l'initiative d'essayer certaines techniques pour soulager les résidents. Par exemple, elles expliquent tenter de soulager les résidents en les frottant, en leur faisant des massages ou encore en faisant de la diversion. Le

second est de contribuer à la réévaluation des résidents lorsque demandée par l’infirmière après l’administration ou l’ajustement d’une médication. Citant l’exemple d’une résidente très souffrante pour qui l’infirmière avait laissé une note au médecin pour l’ajustement de la médication, Alessa mentionne que : « S’il a un changement [de médicaments], ben elle [l’infirmière] va nous avertir “ok, telle personne, la médication a été changée. Fait que rapportez-moi, si vous voyez un changement positif dans son cas, t’sais” » (Alessa, PAB, ligne 255).

Les infirmières auxiliaires. En plus de leur rôle au niveau de la distribution des médicaments, de la réfection des pansements et de certains traitements, les infirmières auxiliaires affirment aussi collaborer avec les membres de l’équipe de soins quant à la gestion de la douleur des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs. Dans un premier temps, elles rapportent prendre le temps de tenter de comprendre la situation d’un résident qui semble présenter de la douleur, et ce, de différentes façons. D’abord, elles mentionnent observer les changements de comportements d’un résident, tels que le faciès, qui pourrait signifier un signe de douleur. Ensuite, elles font un examen physique pour tenter de cibler le site de douleur, par exemple, en palpant certaines parties du corps. Par la suite, elles disent faire des liens avec les dossiers, notamment en consultant les comorbidités identifiées, les notes infirmières pour savoir si cette douleur est connue, ainsi que le formulaire d’administration des médicaments (FADM) pour vérifier s’il y a une prescription d’un médicament au besoin (PRN). Aussi, elles identifient avoir le rôle de recueillir les observations des préposées, pour tenter de mieux comprendre. Plus précisément, si un changement est constaté chez un résident, les infirmières auxiliaires expliquent aller confronter leurs impressions avec les observations des préposées. Aussi, lorsque les préposées leur rapportent leurs observations, les infirmières auxiliaires en assurent le suivi en allant constater par elles-mêmes l’état du résident. Dans un second temps, les infirmières auxiliaires affirment aviser l’infirmière de leur collecte de données, quoique certaines mentionnent transmettre directement les informations de la préposée à l’infirmière, sans être allées vérifier elles-mêmes l’état du résident. Les propos de Céline donnent un aperçu de sa contribution dans la gestion de la douleur chronique :

C'est eux autres [les préposées] qui viennent nous le dire, oui « j'ai trouvé qu'hier, j'avais lavé la madame, elle n'avait pas une rougeur à telle place. Mais là, j'ai vue qu'elle avait de la douleur..., une rougeur ou une plaie », oui, c'est la préposée qui va venir dire. Fait que nous, on va aller voir. Comme moi, je peux pas évaluer. Fait que moi, je vais aller voir, et pis le mentionner à l'infirmière. Ou, je vais aller voir directement l'infirmière pour lui dire que la préposée a dit telle affaire « vas-y là, va voir c'est quoi » (Céline, inf. aux., ligne 39).

Par ailleurs, les participantes indiquent administrer une médication en PRN pour soulager une douleur identifiée. À la suite de l'administration de la médication, certaines participantes soulignent leur contribution dans la réévaluation de la douleur en allant vérifier l'efficacité du traitement donné. Si elles constatent que le résident n'est toujours pas soulagé, elles disent relancer l'infirmière.

Les participantes identifient aussi avoir le rôle de faire des notes au dossier pour laisser des traces de leurs observations concernant la douleur chronique chez un résident. Cependant, lorsqu'un résident n'est pas soulagé malgré l'administration d'analgésiques, elles soulignent généralement laisser des notes aussi dans le cahier du médecin pour s'assurer qu'il y aura un suivi médical pour cette douleur, tel que l'indique l'extrait qui suit :

On peut pas dépasser notre limite à nous. On fait notre suivi auprès du médecin. On appelle, mais c'est moi, je laisse des notes dans le cahier du médecin pour dire la patiente est très souffrante, est pas soulagée, malgré, malgré les médications, les antidouleurs qu'on a donnés (Andréanne, inf. aux., ligne 202).

Les infirmières. À maintes reprises, les infirmières soulignent leur rôle d'évaluation dans la gestion de la douleur chronique des personnes atteintes de troubles cognitifs. Pour se faire, elles mentionnent procéder à l'examen physique et mental du résident qu'elles relient aux problèmes de santé répertoriés au dossier médical ainsi qu'à l'histoire de vie du résident. Certaines participantes ajoutent utiliser un outil d'évaluation comportemental de la douleur, tel que le PACSLAC, pour mieux évaluer la douleur. Afin de compléter la grille du PACSLAC, elles expliquent que la collaboration des membres de l'équipe de soins est essentielle afin de pouvoir y indiquer les comportements observés. Les participantes mentionnent que de nombreuses tâches administratives découlent de ces évaluations, dont la mise à jour des

différents documents, tels que le plan thérapeutique infirmier (PTI), les plans de travail des préposées ou encore les notes d'observation infirmière.

Aussi, les infirmières perçoivent un rôle de gestion de l'équipe de soins quant à la gestion de la douleur chronique chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs. À ce propos, elles soulignent travailler en collaboration avec les membres de l'équipe de soins qui leur rapportent leurs observations concernant les signes de douleur chez un résident. Aussi, les infirmières soulignent indiquer aux autres membres de leur équipe, à la suite de leur évaluation, les tâches qui doivent être réalisées par chacun, dont pour la gestion de la douleur chronique chez un résident. Elles expliquent que ces directives peuvent être transmises verbalement ou encore par écrit à l'aide d'un des outils de communication. Elles ajoutent devoir s'assurer que les directives sont respectées par l'équipe de soins. Toutefois, elles soulèvent la difficulté de s'assurer qu'elles obtiennent la collaboration des membres de leur équipe puisqu'elles ne peuvent pas surveiller l'ensemble des tâches accomplies par les infirmières auxiliaires et les préposées. À titre d'exemple, en citant une situation où elle avait établi un plan d'intervention pour mieux gérer une douleur chez une résidente, Bianca mentionne que sa propre charge de travail limite sa capacité à s'assurer que son plan d'intervention est respecté par les membres de son équipe, tel que l'indique l'extrait suivant :

T'sais moi, j'ai fait ma job, je vais aller l'évaluer, je vais aller faire mes notes, je vais aller donner mes directives. Mais un moment donné, j'ai 100 patients, moi, de soir. Je peux pas aller m'assurer que « eille, je t'ai dit d'aller y donner. Tu y as-tu donné ? » (Bianca, inf., ligne 32).

Par ailleurs, certaines participantes racontent percevoir une certaine limite à ce rôle de gestion de l'équipe de soins lorsque la collaboration est plus difficile avec une personne qui ne respecte pas les directives établies concernant la gestion de la douleur chronique ou qui nuit, d'une façon ou d'une autre, à la collaboration au sein de l'équipe de soins. Elles mentionnent tenter d'intervenir auprès de la personne concernée, mais que si cette intervention s'avère infructueuse, elles renvoient alors le flambeau à l'infirmière ASI ou à l'infirmière-chef.

Un dernier rôle perçu par les infirmières est celui de solliciter les autres professionnels pour contribuer à la gestion de la douleur chronique chez une personne atteinte de troubles cognitifs, comme les médecins, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les pharmaciens, etc. Les participantes disent demander l'implication d'un de ces professionnels selon les besoins particuliers du résident. Par exemple, elles affirment communiquer avec le médecin lorsqu'un ajustement de la médication ou qu'un examen médical semble requis. Aussi, elles demandent une intervention en ergothérapie lorsque du matériel spécialisé est nécessaire pour améliorer le positionnement d'un résident, ce qui peut contribuer à réduire certaines douleurs. Le rôle de l'infirmière pour solliciter l'accès aux professionnels et aux matériels requis est considéré par les participantes comme pouvant favoriser la collaboration des équipes de soins quant à la gestion de la douleur chronique, puisque ces ressources humaines et matérielles viennent les soutenir et faciliter leurs soins.

Les constatations partagées concernant nos rôles dans la gestion de la douleur. Bien que les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposées détiennent des rôles différents, deux principales constatations sont partagées entre les différents membres de l'équipe de soins. La première constatation concerne certaines zones grises dans la limite des rôles. La seconde est un sentiment d'impuissance ressentie par les participantes dans leur rôle quant à la gestion de la douleur chronique.

Maintes participantes soulignent qu'il existe des zones grises dans les limites des rôles de chacune des membres de l'équipe de soins, ce qui peut nuire à la collaboration. Un exemple de zone grise dans les rôles est l'application de la glace pour soulager une douleur. Des participantes soulignent que cette intervention est réalisée par des types de soignants différents selon les étages : sur un étage, c'est l'infirmière auxiliaire qui applique la glace, tandis que sur un autre étage, c'est la préposée. Pour certaines préposées, cette intervention est perçue comme étant une tâche déléguée formellement par l'infirmière aux préposées, mais qui ne devrait pas l'être. Bien que certaines trouvent cette délégation irritante, elle est acceptée puisqu'elle contribue au soulagement de la douleur d'un résident, comme le mentionne Dorice :

Dorice : Ben, c'est sûr que des fois, les infirmières, y essaient de nous, de nous refiler des choses que c'est vraiment pas nécessairement à nous de le faire.

Intervieweuse : Auriez-vous un exemple de ça ?

Dorice : Ben justement ça, mettre de la glace, mettons, mettre de la glace aux deux heures. Ben, c'est sûr que, t'sais, on est tellement débordé, on a tellement d'autres choses à voir que.

Intervieweuse : C'est un fardeau de plus.

Dorice : C'est un fardeau de plus pour nous autres, les préposées. Pis qu'on se dit « ben, c'est pas vraiment nous autres, c'est l'infirmière qui est supposée de soigner ». Mais en tout cas, c'est ben délicat, la ligne est ben mince, hein (rires). Mais étant, ben souvent, on le fait, les préposés, étant donné qu'on, t'sais, on n'aime pas ça les voir souffrir là (PAB, lignes 233 à 241).

Par ailleurs, les participantes ont exprimé se sentir impuissantes dans leur rôle en ce qui concerne la douleur chronique chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs. Cette impuissance est exprimée de différentes façons selon les participantes. Par exemple, Béatrice, qui est préposée, dit se sentir inutile dans son rôle : « T'sais, je l'installe le mieux que je peux, mais t'sais, quand ça persiste, t'sais, tu peux pu rien. Je peux, pis moi je me sens comme inutile, t'sais » (Béatrice, PAB, ligne 302). Certaines participantes l'identifient en mentionnant, par exemple, que c'est surtout la médication qui est requise dans la gestion de la douleur chronique chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs. D'autres propos d'infirmières auxiliaires et de préposées expriment que la gestion de la douleur chronique appartient à l'infirmière ou encore qu'elles ne peuvent rien faire. Les infirmières aussi soulignent se sentir impuissante dans leur rôle quant à la gestion de la douleur chronique et ce, malgré des formations théoriques qu'elles ont suivies. L'extrait qui suit démontre le sentiment d'impuissance ressenti par l'infirmière Bianca :

Pis t'sais, y a des gens aussi, t'sais, [les] troubles cognitifs, c'est dur, je te dirais là, d'aller vers, vraiment là, une bonne évaluation nursing là comme, pas juste elle a mal, 10 sur 10, à la hanche droite, c'est basic là. Si on y va vraiment là, t'sais, c'est quoi qui la provoque, ça fait combien de temps, est-ce qu'elle soulagée, est-ce qu'y a d'autres moyens... », ça marche pas, je te dirais là avec certaines personnes. [...] tu te dis « je veux faire une bonne job, je vais essayer de faire ma bonne nurse », mais au bout du compte, je me ramasse quand même à une douleur généralisée, 10 sur 10. C'est comme, ouin, ok, t'sais, « v'là ta pilule là, je sais pu quoi faire », t'sais. C'est plate. T'sais, je me dis « ça te donne

quoi t'sais, de lire des livres pis faire de la formation continue, pis t'sais quand au bout du compte, tu finis par écrire douleur généralisée, 10 sur 10 (Bianca, inf., ligne 12).

En somme, les résultats de ce premier thème offrent une meilleure compréhension de l'impact des caractéristiques personnelles sur la collaboration des équipes de soins quant à la gestion de la douleur chronique des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs. Plus précisément, bien que des ressemblances soient présentes entre les membres de l'équipe de soins, il existe aussi des différences qui peuvent avoir une influence positive ou négative sur cette collaboration. Par ailleurs, les membres de l'équipe de soins perçoivent avoir une bonne connaissance de leur rôle, mais soulignent que certaines zones sont moins claires. La section suivante s'intéresse aux éléments relationnels qui influencent la collaboration des équipes de soins.

Ma connaissance de mes collègues module la dynamique d'équipe. Ce deuxième thème porte sur la connaissance que les personnes formant l'équipe de soins ont les unes des autres. Les participantes soulignent que la collaboration est généralement plus aisée avec les personnes qu'elles connaissent. Elles affirment que d'acquérir une connaissance de ses collègues est plus facile lorsque les membres de l'équipe travaillent régulièrement ensemble.

Ma connaissance des caractéristiques de mes collègues influence mon sentiment de confiance. Au plan des caractéristiques qui sont propres à chaque personne, les participantes affirment que de connaître ses collègues de travail facilite la collaboration, entre autres, pour une meilleure gestion de la douleur. Elles mentionnent que cette connaissance de ses collègues de travail concerne leurs attitudes ou leurs façons particulières d'accomplir leurs tâches au travail. Plus précisément, les participantes expliquent que cela leur permet de mieux comprendre leurs collègues, leurs habitudes, leurs routines et de s'y adapter.

Comme l'infirmière Carole le souligne, cette connaissance peut aider à identifier le moment propice pour solliciter la collaboration d'une collègue. Aussi, les participantes ont mentionné qu'il y a des caractéristiques qui rendent la collaboration plus laborieuse si elles n'ont pas « d'atomes crochus ». Pour surmonter cette difficulté, elles affirment qu'il est aidant que les

membres de l'équipe apprennent à se connaître pour pouvoir s'adapter les unes aux autres et ainsi mieux collaborer pour la gestion de la douleur chronique. Dans l'extrait suivant, Diane exprime que ce n'est pas toujours facile de s'entendre avec ses collègues :

[...] pis t'sais de dire « elle a un, elle a un, un trait de personnalité comme ça. Moi, j'en ai un comme ça, t'sais ». Pis c'est pas tout le monde qui aime travailler non plus avec moi, t'sais. Mais c'est pas non plus tout le monde que on s'entend bien, t'sais. C'est ça la société, hein, en fin de compte, c'est d'apprendre à travailler tout le monde ensemble avec toutes nos forces pis nos différences (Diane, inf., ligne 395).

Bien que la connaissance des caractéristiques de ses collègues puisse faciliter la collaboration, il y a des situations où cette connaissance nuit à la collaboration quant à la gestion de la douleur chronique. Selon les participantes, cela peut survenir lorsque la connaissance des caractéristiques d'une collègue entraîne une opinion négative. À titre d'exemple, des participantes expliquent qu'il est difficile de collaborer avec une personne qui est connue pour ne pas accomplir ce qu'elle devrait, comme le démontre l'extrait suivant :

Mais c'est sûr que si t'as des personnes qui se traînent les pieds, pis qui avancent pas, c'est sûr que les personnes, y vont les regarder de travers dans le sens que « ah ben, tabarnouche », c'est quasiment travailler tout seul [...] (Christine, PAB, ligne 295).

Par ailleurs, les participantes expliquent que la connaissance des caractéristiques de ses collègues en termes de compétence influence la relation de confiance qui s'établit entre collègues. Par exemple, des participantes expliquent que les propos de certaines préposées sont davantage pris en considération lorsqu'une relation de confiance est déjà établie. Elles expriment prendre alors plus au sérieux les informations rapportées sur des signes de douleur, favorisant ainsi la collaboration au sein de l'équipe. L'infirmière Diane souligne que lorsqu'elle connaît les compétences d'une infirmière auxiliaire et qu'elle lui fait confiance, elle se permet alors de ne pas aller vérifier si le travail est bien fait puisqu'elle sait qu'il le sera, tel qu'elle le mentionne dans l'extrait suivant :

Fait que j'ai dit « (nom de l'infirmière auxiliaire) là », j'ai dit « quand qu'on a des grosses, grosses déchirures cutanées », je dis « (nom de l'infirmière auxiliaire), elle a manqué sa vocation, elle aurait dû être chirurgienne parce

qu'elle reprend la peau avec une tige montée et ça ne paraît pas ». Écoute, elle te met des bandes de rapprochement. [...] je retourne jamais voir, je retourne jamais en arrière pour sa job, jamais, comprends-tu ? (Diane, inf., ligne 414).

À l'opposé, les participantes rapportent que parfois cette connaissance des membres de l'équipe peut permettre d'identifier un manque de compétences chez une collègue et, par conséquent, entraîner un manque de confiance, ce qui influence négativement la collaboration entre des collègues de travail en plus de nuire à la gestion de la douleur chronique. Dans certains cas, elles disent préférer travailler seules si elles n'ont pas confiance dans les membres de leur équipe de soins. Aussi, le manque de confiance peut nuire à la collaboration pour la gestion de la douleur chronique en restreignant les informations que les préposées rapportent aux infirmières. À ce sujet, l'infirmière Carole explique qu'il y a un risque que les membres de l'équipe de soins ne rapportent plus les observations s'ils ne croient pas qu'une action sera entreprise : « Pis versus les filles, si à chaque fois qu'y soumettent un problème à l'infirmière auxiliaire ou à l'infirmière ou à moi, ben qu'y a jamais rien qui est faite, ben y vont arrêter de me le dire » (inf., ligne 149).

Ma connaissance du rôle de mes collègues influence ma collaboration. Pour que la collaboration entre les membres d'une équipe de soins fonctionne bien, les participantes identifient qu'il est nécessaire que les rôles de chacun soient connus de toutes afin que chacune sache ce qui est attendu de l'autre. Les participantes affirment qu'un rôle qui n'est pas bien connu influence négativement la collaboration, en raison de l'insatisfaction résultant d'une sous- ou d'une surutilisation du rôle de chacun. Dans le thème précédent, nous avons présenté la perception que chacune des membres de l'équipe avait de son propre rôle. Ce qui suit expose plutôt la connaissance que les participantes ont des rôles des autres membres de l'équipe de soins. Afin d'éviter de la redondance, seuls les éléments soulignant ce qui diffèrent ou qui sont nouveaux dans la perception des rôles sont présentés.

La connaissance des rôles des préposées par les infirmières et infirmières auxiliaires. Les infirmières auxiliaires et les infirmières reconnaissent plusieurs des rôles identifiés par les préposées précédemment, tels que le rôle d'aide aux AVQ, d'intermédiaire entre le résident et l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire pour rapporter les signes de douleur constatés en raison de

leur proximité avec les résidents ainsi que de tenter de comprendre ce qui occasionne les changements en tentant de combler les besoins de bases. Par contre, les préposées mentionnent certains rôles qui n'ont pas été soulevés par les infirmières et les infirmières auxiliaires. Ainsi, les préposées considèrent qu'il est de leur rôle de valider si la douleur est secondaire à de la constipation ou de tenter des approches non pharmacologiques comme les massages ou la diversion. Toutefois, les infirmières et les infirmières auxiliaire disent s'attendre à ce que les préposées collaborent à la gestion de douleur chronique en s'assurant que des démarches soient entreprises, ce qui n'a pas été mentionné explicitement par les préposées. Plus précisément, elles affirment que les préposées les relancent lorsqu'elles constatent que la douleur d'un résident semble persister malgré que ces dernières en aient déjà rapporté l'information à l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire, comme le montre l'extrait qui suit :

Mais elles [les préposées] vont, ils vont être là les filles pour nous rappeler « une telle, elle, elle a mal, elle a sa plaie, pis elle a mal là. Faudrait faire quelque chose là. Les, les requêtes sont-tu faites là ? », y nous rappellent à l'ordre eux autres aussi à quelque part (Aline, inf., ligne 142).

L'infirmière Diane explique qu'il est aussi possible de profiter à d'autres usages de la connaissance approfondie que possèdent les préposées des résidents. Elle raconte solliciter la collaboration des préposées pour compléter l'outil d'évaluation comportementale de la douleur pour les résidents atteints de troubles cognitifs. De plus, elle demande aux préposées de collaborer en lui rapportant certains comportements précis, tel que lors d'ajustement dans la médication pour la douleur des résidents, afin de pouvoir mieux évaluer l'efficacité d'un plan d'intervention ou d'un traitement.

La connaissance des rôles des infirmières auxiliaires par les préposées et les infirmières.
La perception des rôles de l'infirmière auxiliaire est sensiblement la même pour l'ensemble des membres de l'équipe de soins. Parmi ceux-ci, notons la distribution de la médication, incluant celle pour la douleur, la réfection des pansements et l'administration de certains traitements, leur contribution à l'évaluation de l'état de santé des résidents quand la douleur est rapportée, faire des liens entre la situation et les renseignements aux dossiers médicaux ainsi qu'être l'intermédiaire entre la préposée et l'infirmière.

De leur côté, les infirmières ajoutent solliciter la collaboration de l'infirmière auxiliaire afin de compléter les grilles d'observation de douleur requises pour évaluer la douleur d'une personne âgée atteinte de troubles cognitifs.

La connaissance des rôles des infirmières par les préposées et les infirmières auxiliaires. Évaluer les personnes âgées présentant des signes de douleur, établir les plans de soins, prendre action à la suite des informations rapportées, faire des suivis sur les actions entreprises auprès des membres de l'équipe de soins, accomplir les tâches administratives, solliciter des membres de l'équipe interdisciplinaire au besoin sont des rôles de l'infirmière qui font consensus au sein de l'équipe de soins. Toutefois, les préposées et les infirmières auxiliaires soulignent peu le rôle de gestion de l'équipe de soins qui, lorsqu'elles le mentionnent, est surtout associé à l'élaboration des plans de travail ou à la surveillance des tâches à réaliser. En ce qui concerne le rôle de déterminer la pertinence d'utiliser la grille d'observation de douleur, aucune préposée ou infirmière auxiliaire ne l'a mentionné.

En somme, ce thème permet de mieux comprendre l'influence de la connaissance de ses collègues sur la collaboration au sein des équipes de soins. La confiance qui découle de la connaissance des caractéristiques de chaque personne module cette collaboration. Par ailleurs, bien que les perceptions des rôles concordent généralement entre la perception des rôles des autres membres de son équipe de soins et la perception que les personnes ont de leur propre rôle, certaines nuances ont émergé de l'analyse.

La qualité de mes interactions avec mes collègues influence notre collaboration. La qualité des interactions est un second thème dégagé par l'analyse des données. Les propos des participantes soulignent que la façon dont les membres de l'équipe interagissent entre elles module la collaboration. Les participantes identifient plusieurs éléments influençant les interactions entre les membres de l'équipe de soins.

De la civilité à la reconnaissance : des moyens pour améliorer la collaboration. Les participantes mentionnent considérer que les signes de civilité et les signes de reconnaissance

contribuent à favoriser la collaboration entre les membres de l'équipe de soins quant à la gestion de la douleur chronique chez la personne atteinte de troubles cognitifs. Elles expliquent que ces signes promeuvent la qualité des relations unissant les membres l'équipe de soins, les encourageant ainsi à collaborer.

En ce qui concerne les signes de civilité, elles identifient de commencer un quart de travail avec le sourire et de saluer ses collègues de travail. Lorsque les relations sont tendues avec certaines collègues, ce petit geste permettrait « d'adoucir » les relations, favorisant la collaboration. La préposée Béatrice l'exprime ainsi :

Moi si j'aime pas une personne, t'sais mettons, j'aime pas la personne, je vais dire, je vais rentrer dans (la) chambre, t'sais « salut, ça va », je vais y parler comme si je l'aimerais. T'sais, peu importe, t'sais si t'as une bonne attitude, ta journée, elle va être belle même si les personnes s'aiment pas (Béatrice, PAB, ligne 326).

Elles soulignent percevoir comme un manque de civilité lorsqu'une personne donne des ordres plutôt que de demander poliment d'accomplir une tâche pour gérer la douleur d'un résident souffrant, ce qui nuit à la collaboration. Comme le démontrent les propos de l'infirmière auxiliaire Denise, une façon respectueuse de s'exprimer favorise la collaboration entre les membres d'une équipe de soins quant à la gestion de la douleur chronique puisque le bien-être du résident est un objectif commun :

Fait que la façon [de demander], si c'est demandé aussi avec professionnalisme, t'sais, je veux dire si y donne pas un ordre pis on, on veut soulager cette personne-là. Je pense ça va de soi. La personne va collaborer parce qu'elle aussi, elle veut le bien de cette personne-là là (Denise, inf. aux., ligne 287).

Les participantes expliquent que ce manque de civilité, tel que la communication irrespectueuse et la médisance, entravent à la collaboration. À ce sujet, les changements de quart de travail semblent être davantage propices aux échanges irrespectueux qui occasionnent des tensions entre les équipes, nuisant à la collaboration pour la gestion de la douleur chronique.

En plus des signes de civilité, les participantes mentionnent que de recevoir des marques de reconnaissance incite les équipes de soins à collaborer davantage quant à la gestion de la douleur chronique. Elles donnent comme exemple que cette reconnaissance peut être un simple merci pour l'aide reçue lors d'une journée difficile ou encore de prendre le temps de souligner un bon coup d'une collègue. Les infirmières indiquent qu'il est aussi possible de signifier sa reconnaissance en donnant des responsabilités particulières aux membres de son équipe de soins basées sur la connaissance de leurs forces. Les participantes indiquent que ce type de gestes valorise la personne concernée en plus de renforcer le sentiment d'appartenance à l'équipe et de fierté, ce qui encourage les membres de l'équipe de soins à collaborer davantage quant à la gestion de la douleur chronique chez la personne atteinte de troubles cognitifs. À ce propos, l'infirmière Bianca raconte une situation dans laquelle l'équipe de soins a dû collaborer pour gérer efficacement une situation où une résidente vivait une expérience très souffrante :

T'sais, ça, ça coûte rien « merci, c'est vraiment hot ce que t'as faite ». Ça vas-tu te donner le goût de recommencer ? Oui, t'sais. Pis tu rentres chez vous, pis t'es comme « eille, c'est hot t'sais, ça m'a pas coûté rien, pis je rentre chez nous, pis je suis vraiment fière là ». T'sais, je dis, la reconnaissance, ça vaut plus que de l'argent (Bianca, inf., linge 410).

Parfois, certains propos entendus amènent les participantes à considérer que la reconnaissance de l'importance du rôle de chacun n'est pas partagée de tous. Selon elles, il arrive que d'autres membres de l'équipe de soins expriment de façon implicite des opinions négatives à l'égard d'une catégorie d'emploi autre que la leur, tel que les préposées envers les infirmières et vice versa. Les participantes expliquent que ces critiques nuisent à la collaboration quant à la gestion de la douleur chronique en causant une division et des tensions au sein de l'équipe de soins. Aussi, elles ajoutent que de ne pas reconnaître l'importance du rôle de chacun peut minimiser l'utilisation de leur rôle, par exemple en omettant de donner l'information requise aux préposées pour qu'elles participent activement à la gestion de la douleur. L'extrait suivant démontre ce problème :

Euh, mais je pense qu'y a une grosse lacune, la collaboration, personnellement, c'est les espèces de classe des fois qui se fait. [...] Ben, t'sais, qu'y en a qui arrive, qui, y en a qui arrive « pis on sait ben elle est infirmière » ou « ah, ben c'est juste la préposée ». Mais ça, ça me fait friser raide quand j'entends ça là.

Ok, « nananan, c'est pas juste la préposée, c'est une membre de l'équipe, pis est aussi importante que toi, oui, pis [pas] parce que [elle] a moins d'études que, elle a pas son rôle à jouer », oui. C'est ce, cette vision-là, malheureusement, c'est pas tout le monde qui l'a. Y en a qui se pense, t'sais comme supérieur ou t'sais, pis c'est pas juste les infirmières. Y a des préposées que c'est comme « ah, ben moi infirmière là... » (Carole, inf., ligne 253 à 257).

L'entraide et l'implication de toutes, dans le respect des rôles de chacune, modulent la collaboration. Selon les participantes, une combinaison favorisant la collaboration d'une équipe de soins quant à la gestion de la douleur chronique est d'être en mesure de s'entraider, d'encourager la participation de toutes ainsi que de respecter les rôles de chacun. Ces ingrédients contribuent, selon elles, à promouvoir des relations conviviales au sein des équipes de soins.

À maintes reprises, les participantes soulignent que l'entraide entre les membres de l'équipe de soins favorise la collaboration quant à la gestion de la douleur chronique. Elles expliquent que si elles reçoivent de l'aide quand elles en ont besoin, elles seront davantage enclines à offrir leur aide, comme le démontre l'exemple décrit par la préposée Alessa :

[...] t'sais, aller dire à l'infirmière « regarde, t'sais, j'ai besoin d'aide », elle va, t'sais, si elle vient m'aider, c'est sûr que c'est facile. Après ça, elle a besoin de quelque chose, « t'as besoin, t'sais, faudrait je prenne la température de un », ben c'est sûr c'est plus facile de collaborer [...] (Alessa, PAB, ligne 367).

À l'inverse, les participantes indiquent que le manque d'entraide influence négativement la collaboration. Elles comparent le manque d'entraide à un travail en silo, ce qu'elles considèrent être le contraire de la collaboration. Aussi, elles expriment que cela entraîne de l'irritation chez les membres de l'équipe de soins en plus de retarder les soins aux résidents, dont pour soulager leur douleur.

En plus de l'entraide, les participantes soulignent l'importance d'impliquer l'ensemble des membres de l'équipe de soins dans les prises de décision ou l'élaboration des plans de soins pour la gestion de la douleur chronique chez les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs. À cet effet, les participantes soulignent qu'il faut prendre le temps d'écouter ce que les membres de l'équipe de soins ont à dire concernant, par exemple, l'élaboration d'un plan de soins. À ce

sujet, l'infirmière Carole explique que les préposées ont souvent déjà fait des tentatives pour rendre plus confortable un résident souffrant. Elle affirme alors que de les écouter et de les impliquer permet d'établir le plan à partir de ce qui a déjà été tenté, favorisant ainsi leur collaboration pour sa mise en application.

À l'inverse, les participantes identifient que de ne pas impliquer les membres de l'équipe de soins dans la prise de décision peut nuire à la collaboration. À ce propos, la collaboration est parfois plus difficile avec l'équipe de soir puisque la majorité des décisions sont prises de jour, ce qui peut donner l'impression à l'équipe de soir de toujours se faire imposer les décisions. L'extrait qui suit expose ce problème :

Ben quand les préposées se sentent pas, euh, c'est comme si toutes les décisions sont prises, on les, les impose, des affaires. Là, peut-être que ça va aller moins bien là. Quand y se sentent impliqués là, là, y aura plus de collaboration là (Céline, inf. aux., ligne 312).

Dans un autre ordre d'idée, les participantes identifient le respect des tâches planifiées découlant des rôles de chacun comme pouvant favoriser la collaboration. Par exemple, les préposées disent s'attendre à ce que certaines tâches soient accomplies pendant qu'elles prennent leur pause. Les infirmières expriment la même attente lorsqu'elles sont en congé. Elles affirment aussi s'attendre à ce que les consignes des plans de travail soient respectées : « Pis respecte les directives que je t'ai dit. Si je demande le mobiliser aux deux heures, je m'attends à ce que tu le fasses, t'sais » (Bianca, inf., ligne 48).

Dans le cas où les tâches planifiées ne sont pas accomplies, les participantes expliquent qu'il est préférable d'en expliquer la raison, car cela peut entraîner des irritants entre les membres de l'équipe de soins, nuisant ainsi à la collaboration quant à la gestion de la douleur chronique. La préposée Dorice exprime les tensions qu'une tâche non faite peut occasionner : « T'sais mettons qu'une part en pause, pis là ben, l'autre, elle revient, elle dit "ben là, t'as pas fait une telle [chose]. Je t'avais dit de faire une telle [chose] à matin", t'sais. Fait que des fois, ça, ça brouille les [relations] » (Dorice, PAB, ligne 194). Afin d'éviter ces irritants ou insatisfactions, les participantes soulignent qu'il peut être aidant de s'entendre sur les tâches qui

doivent être accomplies. Par exemple, l’infirmière Diane affirme cibler certaines tâches à faire pour sa remplaçante : « [...] les journées que je [ne] suis pas là, dans l’agenda, t’sais je suis très, très méthodique, j’veais, j’veais y marquer, j’y laisse des, des documents t’sais “à faire si tu as le temps” » (Diane, inf., ligne 321).

En somme, ce thème permet de mieux comprendre les différents éléments qui colorent les interactions entre les membres des équipes de soins. Des gestes simples, tels que d’être civilisée et reconnaissante, permettent d’améliorer la pratique collaborative. Aussi, de prendre le temps d’impliquer l’ensemble des membres de l’équipe de soins ainsi qu’en respectant les rôles de chacun encouragent les membres de l’équipe de soins à s’impliquer davantage dans la collaboration quant à la gestion de la douleur chronique.

Des problèmes et des objectifs divergents, c’est inévitable, mais peut-on s’entendre?

L’analyse des données a permis de mettre en lumière que des problèmes ainsi que des objectifs divergents surviennent fréquemment au sein des équipes de soins et représentent des facteurs influençant négativement la collaboration. Afin d’être en mesure de collaborer, les résultats permettent de mettre en évidence qu’il importe de trouver un terrain d’entente pour résoudre les divers problèmes et d’établir des objectifs communs.

Les problèmes, c’est inévitable; les résoudre, c’est un art pas toujours maîtrisé. Les participantes mentionnent qu’il y a souvent des problèmes au sein d’une équipe de soins et qu’ils peuvent influencer leur collaboration dans la gestion de la douleur chronique. Elles identifient plusieurs situations pouvant causer des tensions au sein de l’équipe de soins. Parmi ces situations, notons le non-respect de son rôle, le manque de communication, les tâches délaissées, les différences dans la façon de travailler ou encore de ne pas avoir le matériel requis. Elles soulignent l’importance d’être en mesure de s’entendre pour ainsi surmonter les problèmes, afin de favoriser la collaboration quant à la gestion de la douleur chronique, tout en précisant que ce n’est pas toujours facile.

D’abord, l’ensemble des équipes de soins souligne qu’il est bénéfique d’être capable de se parler ouvertement lorsqu’il y a des problèmes, afin de résoudre ces situations. La capacité

de décrire ses sentiments, de reconnaître ses torts ou encore de présenter ses excuses sont des exemples de façon de se parler ouvertement identifiés par les participantes. À ce propos, l'infirmière Diane raconte une situation où une préposée ne respectait jamais ses consignes malgré plusieurs rappels à l'ordre, nuisant ainsi à la collaboration quant à la gestion de la douleur chronique. Elle explique qu'il lui est arrivé d'élever la voix contre cette préposée en raison de son irritation, nuisant davantage à leur relation de collaboration. Les propos de Diane qui suivent présentent son utilisation de la communication ouverte et de la reconnaissance de ses torts afin de rétablir la relation de collaboration entre elles :

Alors, là, je reprends avec la personne, je la convoque dans mon bureau, pis là, je dis « écoute, je m'excuse, je connais mes points faibles. Qu'est-ce qu'on pourrait, qu'est-ce qu'on, comment qu'on pourrait..., travailler ensemble pour que ça..., ça accroche ? », t'sais, je dis « on n'ira jamais prendre une bière ensemble, ok, mais on va aimer travailler ensemble ». Fait que là, je la, est complètement là, elle s'attend pas à ça de un, pis elle a pas de barrière, pis est pas sur la défensive là. Pis j'ai parlé avec juste, avec mon petit cœur, comprends-tu ? (Diane, inf., ligne 385).

Au contraire, les participantes soulignent que de ne pas reconnaître ses torts entache la relation de confiance entre les membres de l'équipe de soins, nuisant ainsi à la collaboration. À ce sujet, l'infirmière Bianca offre comme exemple une situation où un incident est survenu en raison d'une évaluation infirmière non réalisée. Elle explique que le lien de confiance qui unit les membres de l'équipe de soins risque de se briser si cette personne ne reconnaît pas sa part de responsabilités dans l'incident.

Bien que les participantes disent reconnaître que de se parler directement est une bonne solution, elles précisent qu'il peut être difficile de confronter certaines collègues qui sont plus difficiles d'approche. À ce propos, l'infirmière Aline explique qu'elle demande généralement aux personnes concernées de discuter entre elles pour tenter de résoudre leur problème. Cependant, elle reconnaît que cela n'est pas toujours applicable avec certaines personnes :

On, je peux, on peut leur dire « vous réglez ça entre vous autres ». Mais c'est pas le cas pour toutes les situations ou pour toutes les préposées. Parce que y en a qui ne prendront pas du tout, du tout, de commentaires d'une autre préposée. Ça, c'est, c'est pas très évident (Aline, inf., ligne 189).

Une autre stratégie mentionnée par les participantes pour résoudre les problèmes est de se remémorer l'objectif commun qui unit les membres de l'équipe de soins. Elles affirment que de se souvenir que l'objectif principal est le bien-être du patient incite les membres de l'équipe de soins à collaborer pour une meilleure gestion de la douleur, et ce, malgré la présence d'irritants. La préposée Dorice illustre ce point lorsqu'elle aborde le problème de l'application de la glace pour réduire la douleur chez un résident, un rôle qu'elle considère ne pas lui appartenir. Pour surmonter cet irritant, elle affirme que de se remémorer que ce qui compte est le bien-être du patient l'incite à persévérer dans sa collaboration quant à la gestion de la douleur chronique chez la personne atteinte de troubles cognitifs.

Une autre stratégie mentionnée par certaines participantes pour résoudre les problèmes est de se mettre en mode solution. Elles expliquent que cette façon de faire incite à réfléchir en équipe à de nouveaux moyens pour résoudre un problème non résolu par les moyens habituels. Parmi les solutions mentionnées, notons de faire des capsules de formation, le réaménagement des grilles d'horaire des bains ou encore de revoir le fonctionnement de l'équipe. Les participantes soulignent que l'implication des membres de l'équipe de soins dans la résolution des problèmes favorise leur collaboration. En racontant une situation où la collaboration était difficile avec une préposée, l'infirmière Diane explique avoir sollicité la personne concernée dans la recherche de solutions mutuellement satisfaisantes afin d'améliorer leur collaboration :

Pis « est-ce qu'y a moyen qu'on trouve un terrain d'entente, t'sais pour que on arrive à avoir du plaisir, pis que le matin qu'on se dise des bonjours, pis que on travaille pas sur ? ». T'sais, quand tu travailles, pis t'es sur un stress parce que tu sais pas comment l'autre, y va réagir, c'est pas agréable pour personne, pis y a pas personne qui est productif non plus. Comment qu'on peut arriver à une production pis qu'on soit bien toutes les deux ? (Diane, inf., ligne 395).

Aussi, les participantes affirment qu'une stratégie pour résoudre les problèmes est d'aller chercher l'aide des supérieurs, soit l'aide de l'infirmière ASI ou de l'infirmière-chef, selon leur disponibilité. Les participantes identifient trois situations où leur implication est sollicitée. Une première situation est lorsque le problème ne se résout pas et ce, malgré avoir préalablement tenté d'autres stratégies. Une seconde situation est de se référer à l'infirmière ASI ou l'infirmière-chef en premier recours. La dernière situation ciblée par les participantes est lorsque

la situation est hors de leur contrôle, par exemple lorsque la solution pour résoudre le problème nécessite l'achat de matériel ou l'ajout de personnel. En abordant cette dernière situation, l'infirmière Diane affirme que les délais dans la résolution de ce type de problèmes occasionnent des irritants au sein de l'équipe de soins, ce qui nuit à la collaboration :

Mais souvent, malheureusement, les problématiques, je ne, je ne suis pas capable de les régler parce que ça demande soit une aide matérielle ou un aide de ma supérieure ou un budget ou quelque chose du genre. Alors là, ça va prendre du temps. Et là, c'est là que les frustrations arrivent (Diane, inf., ligne 50).

Certains objectifs sont communs, d'autres le sont moins. Avoir des objectifs communs est reconnu par les participantes pour être un facteur favorisant la collaboration des équipes de soins, dont pour une meilleure gestion de la douleur chronique, puisque cela les incite à unir leurs forces. Toutefois, elles indiquent que certains objectifs sont communs à l'équipe de soins tandis que d'autres le sont moins.

Parmi les objectifs communs, les participantes s'entendent que le bien-être du résident est un objectif général partagé par l'ensemble du personnel. Elles indiquent que cela les amène à se préoccuper du confort, de l'absence de plaie de pression ou de la douleur des résidents. Elles mentionnent que plusieurs gestes sont posés au quotidien pour s'assurer du bien-être des résidents, dont en prenant le temps de les positionner confortablement, évitant ainsi des inconforts. L'extrait suivant le démontre :

Ben, je pense l'objectif, [...] c'est que le patient soit soulagé, qu'il soit, qu'il en n'ait pas de douleur, qu'il soit soulagé, pis qu'il soit bien, qu'on voit un sourire. Je pense qu'on travaille toute pour ça aussi là. On n'aime pas que, voir quelqu'un qui a de la douleur, pis que y a pas de l'air bien (Denise, inf. aux., ligne 96).

Certaines participantes indiquent que certains objectifs nécessitant la collaboration de l'équipe de soins sont parfois plus spécifiques, tel que le résident soit mieux soulagé lors de la mobilisation. À titre d'exemple, l'infirmière Bianca raconte que pour un résident qui est très souffrant lors de la mobilisation, l'objectif de l'équipe de soins peut être d'administrer une médication pour la douleur 45 minutes avant de le mobiliser et d'évaluer l'efficacité du traitement. Dans une telle situation, elle explique que l'équipe va collaborer en coordonnant les

soins et en observant l'impact de l'intervention afin de s'assurer d'une meilleure gestion de la douleur.

Certaines participantes décrivent que les personnes ayant comme objectif le bien-être du résident se distinguent des autres par les petites attentions qu'elles portent aux résidents, dont aux détails ayant un impact positif sur la gestion de la douleur d'un résident. En décrivant une préposée qu'elle perçoit avoir le bien-être du résident comme principal objectif, l'infirmière Bianca explique qu'elle collabore davantage à la gestion de la douleur chronique en lui portant des attentions particulières, tel que lui faire un massage.

[...] [la préposée est] à l'écoute là, pis t'sais, pendant qu'a y, elle y masse les pieds, pis elle l'écoute parler un petit peu, t'sais pendant qu'elle la crème, pis ah. J'ai dit, t'sais c'est le petit, le petit push de plus qui fait que, t'sais, oui, tu viens pour travailler, mais tu viens pas juste pour travailler. Tu viens pour travailler, pour faire en sorte que, elle, tu sais qu'elle [la résidente] a passé une bonne journée à cause de toi. Pis elle est soulagée. Pis elle est moins stressée (Bianca, inf., ligne 135).

Bien que le bien-être du résident est cité par l'ensemble des participantes, certains objectifs moins communs à l'ensemble de l'équipe de soins seraient aussi souvent présents. Les participantes mentionnent que d'avoir comme objectif d'accomplir seulement les tâches planifiées nuit à la collaboration quant à la gestion de la douleur chronique puisque ces personnes sont réticentes à accomplir des tâches supplémentaires en plus de ne pas porter attention aux détails, tel que la présence de signes de douleur. De plus, certaines participantes ajoutent que cette situation peut causer des tensions entre les préposées, incitant certaines préposées à les imiter pour éviter un conflit. Les propos qui suivent illustrent cette situation :

Fait que t'sais si j'ai un résident qui est plus fatigué, ça me dérangera pas d'aller le recoucher même si c'est pas écrit au plan de travail, t'sais. T'sais, j'vas y aller avec le feeling de la personne si est en douleur, si elle a pas dormi la nuit peut-être, t'sais, j'y vas. Fait que c'est sûr que des fois, ça peut faire des frictions entre les filles, parce que y en a qui sont, qui vont donner le strict minimum (Alessa, PAB, ligne 188).

Les participantes soulèvent aussi que parfois leurs collègues ont comme objectif d'augmenter leurs revenus en faisant des heures supplémentaires afin de s'offrir, par exemple,

un voyage. Elles expliquent que ces personnes peuvent alors être fatiguées et ne plus avoir l'énergie nécessaire pour accomplir certaines tâches supplémentaires, dont pour la gestion de la douleur chronique. L'infirmière Bianca explique cet aspect :

Dans un monde idéal, je te dirais, ça prendrait que tout le monde est là, vraiment pour le patient. T'sais que moi, je suis pas là, t'sais parce que j'ai besoin de payer ma maison. Je fais du temps supplémentaire pas, t'sais juste pour ça. T'sais, je fais du temps supplémentaire à tonne, pour me payer ma maison, me payer un voyage. Mais dans le fond, je suis de qualité vraiment très ordinaire avec mes tâches supplémentaires parce que je suis fatiguée, pis ça me tente pas de régler les problèmes (Bianca, inf., ligne 394).

En somme, ce thème permet de mieux comprendre l'importance de s'entendre pour mieux collaborer quant à la gestion de la douleur chronique. Cette entente permet de surmonter les problèmes qui sont inévitables ainsi que d'unir leur force pour atteindre des objectifs communs à l'équipe de soins.

La circulation de l'information est essentielle, mais manque parfois d'efficience. Ce cinquième thème aborde l'importance de la circulation de l'information au sein de l'équipe de soins pour favoriser la collaboration. Cette circulation de l'information est utilisée pour divers objectifs, dont pour établir le fonctionnement des équipes de soins, pour échanger sur les particularités des résidents ou encore pour résoudre des problèmes au sein de l'équipe. Selon les participants, la circulation de l'information est essentielle à la collaboration des équipes de soins pour mieux gérer la douleur chronique chez une personne âgée atteinte de troubles cognitifs. À ce sujet, deux principales composantes à la circulation de l'information sont soulevées par les participantes. La première fait référence aux nombreux outils de communication écrits disponibles et la seconde renvoie à la communication verbale.

Les outils de communication écrits sont indispensables : Mais trop, c'est comme pas assez. Les outils de communications écrits sont considérés nécessaires par les participantes pour s'assurer que l'information concernant les résidents circule entre les membres de l'équipe de soins et entre les quarts de travail, favorisant ainsi la collaboration des équipes de soins quant à la gestion de la douleur chronique. Les participantes mentionnent que plusieurs outils de

communication sont disponibles au sein de l'établissement, dont des plans de travail pour chacun des titres d'emploi, un cahier de communication, le cahier de communication pour préposées, le cahier de rapport entre infirmière et infirmière auxiliaire, l'agenda, les plans thérapeutiques infirmiers (PTI) ainsi que les plans d'intervention interdisciplinaire (PII). Les participantes évoquent l'avantage que les écrits laissent des traces qu'elles peuvent retourner lire, dont en ce qui concerne la douleur chronique d'un résident, contrairement aux paroles qui peuvent s'oublier et qui ne permettent pas de joindre tout le monde. Aussi, certaines participantes précisent que, dans une même équipe, les préposées ne commencent pas toutes leur quart de travail en même temps. Dans ce contexte, elles expliquent que les rapports écrits permettent de commencer rapidement la journée en ajustant la routine selon les particularités du résident, tel que s'il doit être levé plus tôt en raison d'un examen ou si une médication pour la douleur doit lui être administrée avant la mobilisation, et ce, sans avoir obtenu de rapport verbal d'une collègue de travail. Les participantes soulignent aussi que les outils de communication écrits permettent à l'équipe de soins de mieux collaborer, car ils servent à assurer une continuité en indiquant à toutes les membres de l'équipe de soins ce qui est attendu d'elles pour gérer la douleur d'un résident. Une consigne écrite d'administrer une médication pour la douleur avant de mobiliser un résident est un exemple énoncé par l'infirmière Bianca. Elle explique qu'une telle consigne incite la collaboration de l'équipe de soins qui doivent alors coordonner leurs interventions pour que l'administration de cette médication soit donnée au bon moment, favorisant ainsi une meilleure gestion de la douleur.

Bien que l'utilisation de ces outils de communication écrits présente des avantages, les participantes identifient certains aspects négatifs. À titre d'exemple, elles indiquent qu'une consigne concernant la gestion de la douleur d'un résident peut se retrouver à différent endroit selon la préférence de la personne qui l'inscrit. Ces variations dans les pratiques amènent les participantes à évoquer un manque de standardisation dans la documentation des consignes. Elles ajoutent que ce manque de standardisation complique la collaboration des équipes de soins puisque plusieurs documents doivent être consultés pour connaître les plans établis afin de mieux gérer la douleur des résidents.

Un autre aspect négatif que les participantes mentionnent porte sur le fait que les outils de communication écrits sont généralement peu lus, peu utilisés pour y inscrire les informations ou encore ne sont pas toujours mis à jour. Elles expliquent cette sous-utilisation des outils de communication écrits par le manque de temps, disant prioriser les soins directs aux outils de communication. Plus précisément, des préposées disent ne pas toujours prendre le temps de lire le plan de travail puisqu'elles connaissent bien leur routine, les particularités des résidents ainsi que ce qui est attendu d'elles pour assurer la gestion de la douleur chronique de la personne âgée atteinte de troubles cognitifs. Dans le cas où les préposées travaillent moins régulièrement sur l'unité, les participantes affirment qu'elles suivent habituellement les directives verbales de la préposée régulière plutôt que de prendre le temps de consulter le plan de travail qui est considéré comme trop long à lire. Aussi, certaines participantes soulignent que d'omettre de lire les outils de communication écrits peut nuire à la collaboration puisqu'elles ne sauront pas s'il y a une nouvelle directive concernant la gestion de la douleur chronique d'un résident. Dans l'extrait qui suit, l'infirmière Carole explique cette situation :

Oui, ben on a les..., les plans de travail aussi, t'sais, où y a une particularité, mais quand qu'y [les préposées] arrivent en rush, je leur vois pas la face, pis y lisent pas, ils ont pas l'temps, ils prennent pas le temps, y vont suivre l'autre à la place. Ça, c'est quelque chose qui nuit aussi, c'est « ah, ben je le connais », mais y a peut-être quelque chose qui a changé, la médication a peut-être changé, on est peut-être en train de faire des tests, ça va être écrit dans le plan de travail (Carole, inf., ligne 178).

Un aspect négatif supplémentaire est que les participantes considèrent qu'il y a de nombreux outils de communication écrits où une même information doit être retranscrite. Cette répétition des informations dans les différents outils de communication écrits les amène à considérer qu'elles perdent un temps précieux, ce qui nuit à la transmission de l'information dans les équipes de soins puisqu'elles affirment prioriser les soins aux résidents plutôt que de compléter ces outils. L'extrait suivant de l'infirmière Diane démontre cette situation :

On a des rapports interservices : infirmières, infirmières auxiliaires; des rapports express PAB [cahier communication PAB]. Mais ça, écoute, je te dirais qu'à la limite, c'est un, un duplicata du duplicata du duplicata, qui font que pour moi, c'est un irritant et une lourdeur (Diane, inf., ligne 194).

En somme, les participantes s'entendent pour dire que les outils de communication écrits sont utiles et nécessaires, mais qu'il manque de standardisation dans leur utilisation en plus d'être sous-utilisés.

La communication verbale : Un équilibre précaire entre la qualité, la quantité et la pertinence des informations transmises. Les équipes de soins s'entendent pour dire que la communication verbale est le principal moyen utilisé dans un quart de travail pour faire circuler l'information et ainsi, favoriser la collaboration au sein de l'équipe de soins. Les participantes identifient quelques raisons justifiant que cette méthode de communication soit davantage utilisée. Plusieurs participantes rapportent que la communication verbale permet de partager rapidement de l'information sur les particularités des résidents, les changements dans les comportements indiquant de la douleur ou encore pour établir ce qui doit être réalisé au cours du quart de travail. Souhaitant le bien-être du résident, elles expliquent que la communication verbale est plus efficace pour collaborer et soulager rapidement la douleur du résident. À titre d'exemple, la préposée Béatrice explique que l'infirmière de son équipe sollicite la collaboration de son équipe en leur demandant de l'aviser verbalement de la présence des signes de douleur observés chez un résident afin d'éviter des délais dans son intervention :

Elle, elle aime mieux que je vienne la voir, elle, que de le transcrire, t'sais, dans un dossier, t'sais. Parce qu'on transcrit les, mettons, la personne, elle a une douleur, toute ça, je le transcris. Mais l'infirmière, elle, elle nous dit qu'elle aime mieux que j'y aille la voir, elle, que de l'écrire. Parce que t'sais, c'est une douleur. T'sais, le temps qu'elle aille voir dans le cahier, la douleur [...]
(Béatrice, PAB, ligne 21)

Une fois que le problème de douleur d'un résident est rapporté à l'infirmière, les participantes mentionnent que l'infirmière fait généralement les suivis verbalement aux membres de l'équipe de soins lors de rencontres informelles dans le corridor ou encore lors de rencontres d'équipe formelles. Elles soulignent l'importance de ces suivis puisqu'ils leur permettent de connaître la suite d'un événement, par exemple, les actions entreprises à la suite du constat de signes de douleur chez une personne âgée atteinte de troubles cognitifs. Au contraire, elles identifient que le manque de suivi concernant les interventions effectuées pour gérer la douleur d'un résident à la suite des informations reçues peut nuire à la collaboration

des équipes de soins, puisqu'elles auront l'impression que les informations transmises n'auront servi à rien, les décourageant de rapporter de nouveau de l'information sur les signes de douleur observés.

Les participantes mentionnent aussi que de transmettre verbalement les informations concernant les changements de directives pour gérer la douleur d'un résident permet de s'assurer qu'elles sont connues de toutes les membres de l'équipe de soins, palliant ainsi pour les personnes qui ne vont pas lire les outils de communication écrits, tels que le cahier de rapport ou encore le plan de travail. Les infirmières affirment aviser chacune des membres de l'équipe de soins concernées afin de s'assurer que tout le monde ait reçu la même information et ainsi qu'elles puissent collaborer à application des nouvelles directives, tel que de mobiliser régulièrement un résident pour réduire son inconfort ou encore d'attendre qu'un médicament pour la douleur soit administré avant la mobilisation. Comme l'extrait qui suit l'indique, l'infirmière Bianca mentionne s'irriter lorsque, malgré ses efforts, elle constate qu'une consigne n'est pas respectée, car non connue d'une membre de l'équipe de soins :

Je vais aller dire la même information à tout le monde « eille, elle là, faut la tourner », « eille là, faut la tourner ». Je suis fatigante. Mais ça m'énerve tellement de « ah, je le savais pas », je suis comme « ah, je l'ai dit à tout le monde, comment ça s'est pas rendu à toi, t'sais » (Bianca, inf., ligne 88).

Aussi, les participantes affirment apprécier davantage la communication verbale puisqu'elle permet d'obtenir de l'information plus précise que lorsqu'il y a seulement un ou deux mots d'écrit dans le cahier de rapport pour souligner qu'un résident a de la douleur, telles que « souffrant aujourd'hui ». Elles rapportent que la communication verbale permet de mieux comprendre un problème de douleur d'un résident pour ainsi mieux collaborer en s'ajustant à la situation.

Par ailleurs, deux catégories de communication verbale se dégagent des propos des participantes, soit la communication verbale informelle et formelle. Généralement, les participantes affirment avoir une préférence pour la communication verbale informelle qui correspond à une rencontre non planifiée, tel qu'une rencontre dans le corridor. Elles soulèvent

que cette méthode a l'avantage de permettre une transmission rapide de l'information concernant la présence de signes de douleur d'un résident, et ce, tout au long de la journée, permettant ainsi d'apporter les ajustements nécessaires aux interventions des membres de l'équipe de soins. À ce propos, certaines participantes explicitent que si l'inconfort d'un résident est constaté par une membre de l'équipe de soins, l'information est alors transmise verbalement aux autres membres de l'équipe qui vont pouvoir réfléchir et collaborer ensemble en ajustant leurs interventions pour résoudre cette situation, tel qu'en positionnant le résident différemment ou par l'administration d'un médicament pour la douleur

Les participantes identifient un avantage supplémentaire de la communication verbale informelle qui est de réduire les omissions de transmission d'informations, tel que des observations de signes de douleur chez un résident. En raison de la surcharge de travail, les participantes soulignent que si elles ne transmettent pas l'information rapidement aux autres membres de l'équipe de soins, elles risquent de l'oublier ce qui ne permettra pas d'intervenir pour soulager la douleur.

En ce qui concerne la communication verbale formelle, c'est-à-dire aux rencontres qui sont planifiées, comme les rencontres hebdomadaires ou les rencontres interprofessionnelles, les équipes de soins mentionnent qu'elles en avaient de façon quotidienne avant les coupures budgétaires, mais qu'elles ont été supprimées depuis. Selon les participantes, des efforts sont déployés par les infirmières afin de les réintégrer, mais ces moments de communication formelle seraient plutôt sur une base hebdomadaire. Les participantes affirment considérer ces rencontres utiles, puisqu'elles offrent un moment d'échange entre les membres de l'équipe de soins sur leurs observations de signes de douleur ou encore sur leurs stratégies efficaces pour réduire les douleurs d'un résident. Contrairement à la communication informelle qui rejoint un nombre limité de personnes à la fois, les participantes expliquent que ces rencontres permettent de partager avec l'ensemble des membres de l'équipe de soins présent leurs observations ainsi que les stratégies qu'elles utilisent pour réduire la douleur d'un résident.

Par ailleurs, les infirmières indiquent que les rencontres d'équipe sont préparées d'avance par l'infirmière et permettent de transmettre aux préposées et aux infirmières

auxiliaires un résumé de la visite médicale ou encore des suivis concernant les problèmes soulevés par l'équipe, dont des changements dans les plans de soins afin de mieux gérer la douleur chronique des résidents. Diane explique qu'elle en profite pour solliciter la collaboration de chacune des membres de l'équipe de soins quant à la gestion de la douleur chronique des résidents en leur précisant ce à quoi il faut porter attention ainsi que les informations spécifiques qu'elle souhaite obtenir de leur part, tel qu'indiqué dans l'extrait suivant :

Ben c'est ça, dans, dans le courant de la semaine quand j'ai des flashes [de sujet pour la rencontre d'équipe], je le marque dans mon cartable. J'ai un cartable. Et puis, je marque déjà toutes les particularités [à discuter à la rencontre]. Je leur donne tout le temps le compte-rendu de la visite médicale. Je ne vais pas dans les détails, mais je leur dis « on a un changement de la médication pour tel patient » ou « on a un, un, une diminution d'un médicament pour en instaurer un autre. Alors, y risque de, d'avoir un espace vide, alors y risque une augmentation d'agressivité le temps que l'autre fasse effet, pis qu'on décline sur un, un médicament. Cette période-là va coïncider avec telle date. Alors soyez vigilants ». [...]il faut que je sois capable de leur donner l'information qu'y ont besoin de savoir. Parce que sinon, y me rapporteront pas l'information que j'ai besoin, ça va être erroné ou ça sera pas en, en lien avec ce que je leur ai demandé (Diane, inf., ligne 46).

Par ailleurs, les participantes affirment que la communication verbale formelle ne sert pas seulement à discuter des interventions pour mieux gérer la douleur des résidents. Les participantes expliquent utiliser ce moyen de communication pour discuter en équipe des difficultés vécues au quotidien et qui peuvent nuire à la collaboration des équipes de soins, telle que la présence de bruits qui augmente l'agitation des résidents, l'organisation des soins qui ne correspond plus aux besoins des résidents ou encore le matériel manquant qui pourrait permettre de mieux positionner un résident pour réduire ses douleurs. Elles affirment que ces rencontres offrent une opportunité de solliciter la collaboration de l'équipe de soins dans la recherche de stratégies pour résoudre le problème.

Bien que la communication verbale formelle soit généralement appréciée, les participantes identifient que le manque de temps est un enjeu majeur à la tenue des rencontres d'équipe. Plus précisément, les infirmières des équipes de jour soulignent qu'il devrait y avoir

des rencontres d'équipe toutes les semaines, mais le manque de temps peut rendre la fréquence des rencontres erratique. Pour ce qui est des autres membres de l'équipe de soins, elles indiquent ne pas toujours pouvoir se libérer pour assister à la rencontre en raison de manque de temps ou encore en raison de l'unité de soins qui ne peut être laissée sans surveillance. À cause de ces contraintes, la préposée Christine souligne que ces rencontres doivent éviter d'être trop longues tout en permettant de discuter des moyens de collaborer pour mieux gérer la douleur des résidents, tel que mentionné dans l'extrait qui suit :

Pis c'est pour ça qui faut avoir, en avoir des rencontres pis des réunions, mais structurées. Pas pour parler des ch..., du chialage de un pis de l'autre, vraiment pour parler, un..., un résident à la fois, pis comme tu dis qu'est-ce qu'on peut améliorer? Comment est-ce qu'on pourrait améliorer, oui (Christine, PAB, ligne 364)

En somme, les résultats de ce troisième thème permettent de mieux comprendre les forces et les contraintes à la communication verbale et écrite pour que l'information circule entre les membres de l'équipe de soins.

Les éléments organisationnels sont hors de notre contrôle. Contrairement aux thèmes précédents, celui-ci aborde des éléments liés moins directement aux membres des équipes de soins, mais reflétant plutôt le contexte de l'organisation des soins. Les participantes affirment que la collaboration des équipes de soins est affectée par des éléments organisationnels, bien que ces éléments soient hors de leur contrôle. Trois sous-thèmes ont été identifiés. Le premier s'attarde aux ressources humaines qui peuvent être limitées et qui génèrent un manque de temps, le deuxième aborde le style de gestion de l'infirmière-chef qui teinte le fonctionnement des équipes de soins et le dernier souligne l'importance de l'implication des gestionnaires de l'organisation pour soutenir les équipes de soins.

Les ressources limitées compliquent la collaboration des équipes de soins. Au cours des entrevues, les participantes ont identifié à de nombreuses reprises l'accès limité aux ressources humaines qui entraîne une surcharge de travail pour les membres de l'équipe de soins. En plus d'être un irritant, ces ressources limitées nuisent à la collaboration quant à la gestion de la douleur chronique des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs.

Tant de tâches à accomplir, mais si peu de temps pour y parvenir. Les participantes s'entendent pour dire que la charge de travail est élevée et qu'elles manquent de temps pour faire l'ensemble des tâches qu'elles devraient accomplir, dont pour s'assurer de la gestion de la douleur chronique. Elles identifient plusieurs exemples où le manque de temps nuit à la collaboration quant à la gestion de la douleur chronique chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs, tels que le manque de temps pour utiliser l'ensemble des outils de communications écrits, pour mettre à jour les évaluations, pour faire des rencontres d'équipe afin établir les interventions requises pour améliorer la gestion de la douleur, pour appliquer régulièrement de la glace pour soulager la douleur ou encore pour tenter de réconforter un résident souffrant. Un autre exemple rapporté par les participantes est que le manque de temps peut limiter la reconnaissance des signes de douleur, et ce, bien qu'elles connaissent bien les résidents, comme l'indique les propos suivants de la préposée Dorice : « Ben, c'est sûr que si on est toujours à course comme je te disais tantôt, des fois on passe vite, pis on voit pas les signes de douleur des fois » (Dorice, PAB, ligne 130). De son côté, l'infirmière Bianca explique que le manque de temps l'empêche de faire une évaluation aussi exhaustive de la douleur d'un résident qu'elle le devrait, limitant l'élaboration d'un plan d'intervention personnalisé qui contribuerait à la collaboration attendue des membres de l'équipe de soins quant à la gestion de la douleur chronique.

En plus de manquer de temps pour accomplir les tâches planifiées et reconnaître les signes de douleur, certaines participantes mentionnent que la surcharge de travail peut influencer négativement l'attitude au travail, tel que d'être plus irritable ou encore d'être moins à l'écoute de ses collègues de travail, ce qui est un facteur contraignant à la collaboration de l'équipe de soins. À ce propos, l'infirmière Diane raconte avoir vécu une période particulièrement surchargée où il y avait plusieurs résidents instables médicalement, dont au niveau de la douleur. Dans l'extrait qui suit, elle explique que cette situation a eu un impact négatif sur son attitude en raison de son épuisement psychologique :

Mais moi là, un moment donné là, j'en, j'en avais trop sur les épaules là, psychologiquement là, psychologiquement là. Fait que disons c'te, dans cette période-là, là, j'étais un petit peu plus agressive [...] (Diane, inf., ligne 243).

L'instabilité des ressources humaines est difficile pour les résidents ayant de la douleur.

Les participantes soulignent l'importance d'avoir des ressources humaines stables pour favoriser la collaboration des équipes de soins à mieux gérer la douleur chronique chez la personne atteinte de troubles cognitifs. Au-delà de la connaissance de leurs collègues de travail, les participantes affirment que la stabilité du personnel permet de mieux connaître les résidents et leurs particularités, favorisant ainsi leur collaboration pour l'identification des signes de douleur. Elles expliquent que cette connaissance est essentielle pour percevoir les changements subtils, d'une journée à l'autre, pouvant indiquer la présence de douleur chez la clientèle atteinte de troubles cognitifs, tels que les propos d'Alessa l'indiquent :

Fait que souvent, on va le voir, moi je vais voir si y a un patient est souffrant par son faciès souvent ou si y émet des sons. C'est comme ça je réussis à, ou si y est plus agressif une journée, si. T'sais, c'est toutes des petits points que t'sais, tu le sais que la journée d'avant, y était pas comme ça, pis que, pis que le lendemain, t'sais, tu vois les petits yeux, le petit pli dans le front (Alessa, PAB, ligne 6).

Par ailleurs, le manque de temps combiné au manque de connaissances sur les particularités des résidents amène les participantes à considérer que les soignantes travaillant de façon irrégulière risquent de se concentrer davantage sur les tâches à accomplir. De cela découle plusieurs conséquences soulevées par les participantes, dont de ne pas être en mesure de constater la présence de signes de douleur ou encore de ne pas s'assurer de faire les suivis requis, ce qui nuit à la collaboration quant à la gestion de la douleur chronique chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs.

Une autre difficulté liée à l'instabilité des ressources humaines rapportée par les participantes est que ces personnes ne connaissent pas la routine de l'unité de soins, ce qui implique qu'elles doivent prendre plus de temps pour accomplir chacune des tâches, puisqu'elles doivent chercher le matériel requis, faire des vérifications supplémentaires en raison du manque de connaissance du dossier médical ou encore par manque de connaissance de la routine. Les participantes soulèvent qu'il y a des conséquences à la présence de personnes irrégulières, dont leur besoin d'être encadrées par le personnel régulier, d'établir des priorités dans les tâches à accomplir puisqu'elles n'auront pas le temps de toutes les faire ou encore le manque de suivi auprès des équipes de soins sur les interventions effectuées pour gérer une

douleur d'un résident atteint de troubles cognitifs. À ce propos, lorsqu'il y a une soignante provenant d'une agence, les suivis de la douleur chronique des résidents risquent de ne pas être une priorité comparativement à d'autres tâches, nuisant ainsi à la collaboration.

Dans un autre ordre d'idées, les participantes identifient que l'accès limité à une infirmière est un facteur influençant négativement la collaboration des équipes de soins quant à la gestion de la douleur chronique chez les personnes atteintes de troubles cognitifs. Les participantes soulignent que cette contrainte concerne particulièrement les équipes de soir et de nuit puisqu'elles n'ont pas d'infirmière attitrée à chacun des étages, rendant laborieux d'avoir un bon suivi des résidents pour les membres de l'équipe de soins. À titre d'exemple, l'infirmière Aline explique que l'infirmière de nuit doit couvrir les trois étages, dont une plus particulièrement où il n'y a pas une infirmière auxiliaire. Elle souligne que s'il y a un résident moins stable ou ayant de la douleur sur un autre étage, cette infirmière doit quitter cette unité de soins qui sera sous la supervision d'une préposée. Comme l'extrait qui suit l'indique, Aline mentionne constater que le rapport entre les quarts de travail est alors moins précis puisqu'elle est moins au courant des événements de la nuit :

Ben moi, c'est l'infirmière auxiliaire de nuit qu'on n'a plus au 3e, c'est quelque chose qui me manque. Parce que on a affaire de, directement à l'ASI de nuit qui elle, est partout. [Elle] a beau vouloir, mais on n'a pas le même suivi, pis dire « de nuit-là, y s'est passé quoi là ? Sur quoi qu'on faudrait qu'on fasse là ? ». Elle va nous le dire, mais c'est, c'est moins profond. C'est moins propre à l'étage (Aline, inf., ligne 404).

Étant encore récentes dans leur souvenir, les participantes se remémorent les impacts négatifs des coupures de ressources humaines, soit de deux postes de préposées ainsi que d'un poste d'infirmière. Bien que ces coupures n'aient duré que quelques mois, elles affirment avoir constaté une diminution de la qualité des soins, entre autres, par l'augmentation du nombre de plaies et la diminution de la gestion de la douleur en raison du manque de ressources humaines. En raison de cette expérience, la préposée Christine donne l'exemple qu'elle craint une négligence des soins aux résidents, dont en n'intervenant pas lorsqu'un résident crie puisque c'est son habitude de crier.

Moi, j'ai peur qu'y ait de la négli..., négligence en mettant moins de personnel, pis qu'on doit en faire plus, pis courir, pis bon, tata « ah, elle crie encore, mais elle crie tout le temps », on y va, on passe à l'autre (Christine, PAB, ligne 92).

Le style de gestion de l'infirmière-chef influence le fonctionnement des équipes. Les expériences antérieures avec différentes infirmières-chefs amènent les participantes à souligner que le style du gestionnaire de l'unité, dans ce cas-ci l'infirmière-chef, colore la collaboration des équipes de soins quant à la gestion de la douleur chronique des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs. Les participantes soulignent se sentir reconnue lorsqu'une infirmière-chef se montre disponible pour les écouter et pour les laisser ventiler au besoin lorsque la collaboration est moins facile au sein de l'équipe de soins, ce qui les incite à collaborer davantage pour la gestion de la douleur chronique. Voici ce qu'explique à ce propos l'infirmière Aline :

Mais j'ai vu une différence aussi avec la chef à l'hébergement qu'on avait, qui avait de l'écoute pour eux autres, qui avait de l'écoute pour tout le monde. Et ça, nous autres, ça nous a manqué pendant plusieurs années ici. Et j'ai vu, c'est, c'est, ça, ça faite une différence à quelque part. T'sais, elles [les préposées] ont de l'importance et elles se sentaient importantes (Aline, inf., ligne 342).

En plus d'être à l'écoute, les participantes affirment apprécier que l'infirmière-chef déploie des efforts pour trouver des solutions aux diverses difficultés de collaboration rencontrée quant à la gestion de la douleur chronique et qu'elle les implique dans la recherche de solution. À ce propos, l'infirmière Diane décrit ainsi l'approche proactive de l'infirmière-chef :

Fait que, mettons qu'elle nous rencontrait en premier, ben là, elle nous disait « ok, bon là, j'ai rencontré les infirmières, je les ai pas tous rencontrées », là, elle vous parlait à vous autres, mettons les infirmières auxiliaires en disant « bon, ben là, y a une problématique, comment qu'on peut faire pour la régler ». Mais ça, je sais que ça revient souvent « ça, comment qu'on peut régler ça ? », t'sais. [Elle] est toujours en mode solutions (Diane, inf., ligne 379).

Les participantes soulignent une caractéristique supplémentaire de l'infirmière-chef qui les incite à collaborer davantage, soit de miser sur les forces de son équipe. Elles expliquent que par sa proximité avec les membres de l'équipe de soins, il lui arrive d'attribuer une responsabilité en fonction des forces identifiées. À titre d'exemple, l'infirmière relate une

situation où l’infirmière-chef a ciblé une de ses forces pour lui proposer un mandat particulier, comme elle l’explique dans l’extrait qui suit :

Alors, (nom de l’infirmière-chef) me demande [Diane] « écoute, cette dame-là, elle s’en vient chez vous. Je sais que tu adores les gros cas. Je sais que t’a..., t’a..., t’adore les grands défis. C’est tout un défi (Diane, inf., ligne 16).

Pour faire ce qu’il y a de mieux, les gestionnaires de l’organisation ont aussi des responsabilités. Au cours des rencontres, les participantes indiquent qu’elles rencontrent plusieurs difficultés lors de l’évaluation de la douleur chronique. Parmi les difficultés mentionnées, notons la difficulté de communiquer avec les personnes atteintes de troubles cognitifs, la difficulté d’établir avec certitude la présence de douleur, l’ambivalence entre les avantages et les inconvénients de la médication pour la douleur ou encore l’absence d’objectifs communs au sein de l’équipe. Pour surmonter ces difficultés, elles identifient diverses solutions que les gestionnaires de l’organisation pourraient mettre en place afin de favoriser une meilleure collaboration dans la gestion de la douleur chronique.

Une des solutions serait de recevoir davantage de formation sur l’évaluation de la douleur chez cette clientèle et l’utilisation optimale de la médication. Étant donnée les difficultés rencontrées par les équipes de soins dans l’évaluation de la douleur, ainsi que l’équilibre précaire entre la gestion de la douleur et les risques associés à la médication, Diane mentionne qu’il y a un manque de connaissances en lien avec la douleur chronique :

Fait que ce que je te dirais pour la dame, pour la gestion de la douleur, moi, je me dis, c’est un défi au quotidien en soins de longue durée avec des pertes cognitives, de démence, d’Alzheimer, de troubles de comportement. La, la gestion de la douleur, c’est là où qu’on en a moins de formation, pis c’est là où faudrait être le meilleur. Pis c’est ça que je trouve dur, moi, que je trouve terriblement dur (Diane, inf., ligne 90).

Les infirmières soulignent l’existence d’une grille d’observation de la douleur pour les personnes atteintes de troubles cognitifs dans le CHSLD qui est complétée aux trois mois, bien que la plupart des membres de l’équipe de soins affirment qu’aucun outil n’est disponible pour cette clientèle, limitant ainsi leur collaboration dans son utilisation. À ce propos, l’infirmière Carole indique que des efforts devraient être déployés au sein de l’établissement par l’infirmière

conseillère-cadre pour solliciter la collaboration des équipes de soins à intégrer ces outils d'évaluation à leur pratique, ce qui n'est pas le cas actuellement.

En raison des difficultés rencontrées pour l'évaluation et la gestion de la douleur chronique, des participantes indiquent que si l'organisation leur donnait accès à du soutien clinique externe ou à un modèle de pratique, cela serait aidant pour les aider à mieux collaborer. Elles affirment qu'un tel soutien aurait une influence positive de différentes façons, dont en les incitant à se surpasser ou en leur permettant de se sentir davantage confiantes et ainsi mieux collaborer quant à la gestion de la douleur chronique. À ce propos, l'infirmière Carole identifie qu'avoir le soutien d'une personne experte extérieure à l'équipe de soins, lorsque survient une situation de douleur mal contrôlée rendant inconfortable l'équipe de soins, encourage à collaborer davantage lorsqu'une situation similaire se présente de nouveau, tel que l'extrait qui suit l'indique :

C'est ça, tu devrais avoir la ressource de dire « écoute, je suis pas à l'aise, qu'est-ce qui se passe si ça arrive ? ». Là, peut-être que la personne va être plus encline à soulager son résident, euh son patient, parce qu'elle aura pas peur si c'était arrivé (Carole, inf., ligne 286).

En plus des difficultés mentionnées précédemment, les participantes mentionnent que certaines personnes ont des comportements qui nuisent à la collaboration et bénéficieraient d'être davantage encadrées par les gestionnaires de l'organisation. À titre d'exemple, elles identifient l'habitude de certaines personnes de s'intéresser davantage à leur conversation entre collègues plutôt que de porter attention au résident lors de soins ou encore lorsqu'une personne a toujours attitude négative lors de ses quarts de travail. Dans de telles situations, les participantes considèrent qu'un encadrement pourrait être nécessaire pour s'assurer de rectifier ces comportements. De plus, des suivis de la part des gestionnaires devraient être effectués afin de s'assurer de la collaboration des équipes de soins lors de l'implantation des nouvelles procédures ou directives tel que l'explique Bianca :

Quand qu'y a des attitudes négatives, d'aller tout de suite observer ça, de pas laisser [aller]. T'sais, ça prend pas grand-chose pour « scraper » tout un travail d'une équipe. Y a comme le, je le sais pas, le « saying » là, une chaîne est aussi

forte que son maillon le plus faible là. T'sais, c'est vraiment, faut, faut encadrer (Bianca, inf., ligne 276).

Ces résultats permettent de mieux comprendre l'influence de certains éléments organisationnels sur la collaboration des équipes de soins quant à la gestion de la douleur chronique des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs.

En somme, les quatre cas ayant participé à cette étude se distinguent les uns des autres, et ce, bien qu'ils proviennent du même milieu. Les résultats obtenus répondent au but de l'étude et aux trois questions de recherche en offrant une meilleure compréhension de la collaboration au sein des équipes de soins quant à la gestion de la douleur chronique. L'analyse des données a permis l'émergence de dimensions organisationnelles et relationnelles de la collaboration quant à la gestion de la douleur chronique chez les personnes âgées en CHSLD, rejoignant ainsi le modèle de D'Amour et al. (2008). De plus, les résultats ont permis de souligner une dimension personnelle supplémentaire peu abordée dans le modèle. Cette dimension personnelle comprend les caractéristiques des personnes impliquées dans la collaboration ainsi que leurs perceptions de leur rôle dans la gestion de la douleur. La discussion des résultats est présentée au prochain chapitre.

Chapitre 5 : Discussion

Ce chapitre présente la discussion qui découle des résultats de cette étude. Pour commencer, les nouvelles connaissances ayant émergé de l'étude sont revues en établissant des liens avec les écrits empiriques et théoriques existants. Ensuite, les considérations méthodologiques et théoriques sont présentées, de même que les limites de l'étude. Finalement, les diverses implications de l'étude sont présentées.

Discussion des principaux résultats

Dans la discussion qui suit, les thèmes qui ont émergé de l'analyse des données sont mis en relation avec l'état actuel des connaissances sur le sujet.

Qui je suis et ma perception de mon rôle colorent ma pratique collaborative. Tel que mentionné dans le précédent chapitre, ce thème porte sur l'unicité des personnes composant l'équipe de soins. Les éléments faisant partie de ce thème ne font pas partie de modèle de collaboration de D'Amour et al. (2008), mais ont été considérés par les participantes comme ayant une influence sur la collaboration.

Les résultats indiquent qu'une attitude positive et certaines caractéristiques personnelles, telles que la minutie, favoriseraient davantage la collaboration qu'une attitude négative ou certaines caractéristiques comme la nonchalance. La notion de caractéristiques personnelles est aussi soulevée par Avrech Bar, Katz Leurer, Warshawski et Itzhaki (2018) qui ont mené une étude portant sur le rôle de la résilience et des traits de personnalité sur la collaboration interprofessionnelle. Leur étude quantitative descriptive transversale israélienne a recueilli les données à l'aide de différents questionnaires, dont le *Interdisciplinary Education Perception Scales* portant sur la collaboration interdisciplinaire (Luecht, Madsen, Taugher et Petterson, 1990) ainsi que la version abrégée du *Big Five Inventory (BFI)* portant sur les personnalités (John, Donahue et Kentle, 1991). Au total, 184 étudiants de quatrième année de formation ont participé, dont 111 infirmières, 39 ergothérapeutes ainsi que 34 physiothérapeutes. Parmi les résultats en lien avec notre étude, la compétence et l'autonomie seraient positivement corrélées avec une personnalité résiliente ($p < 0,01$) ainsi qu'avec une personnalité agréable ($p < 0,05$).

Selon ces auteurs, ces corrélations indiquent que les personnes résilientes et agréables auraient davantage une attitude positive envers leurs compétences et leur autonomie, ce qui serait positivement relié à la collaboration.

Par ailleurs, l'étude quantitative de Elfstrand Corlin, Kajonius et Kazemi (2017) visait, quant à elle, à déterminer dans quelle mesure les traits de personnalité influençaient l'approche centrée sur la personne. Le questionnaire *Mini International Personality Item Pool* (Donnellan, Oswald, Baird et Lucas, 2006) a été utilisé pour mesurer cinq facteurs de personnalité, dont la personnalité de type névrosisme qui est caractérisée par une tendance à vivre des émotions négatives telles que d'être tendue, anxieuse et de moins bonne humeur. Un second questionnaire, le *Individual Care Inventory* (Chappell, Reid et Gish, 2007) développé pour le personnel travaillant dans les résidences pour personne âgée, a quant à lui été utilisé pour évaluer les soins centrés sur la personne ainsi que les prérequis aux soins centrés sur la personne. Parmi les résultats en lien avec la présente étude, notons que les personnes ayant une personnalité de type névrosisme sont davantage sensibles au stress ressenti au travail, ce qui peut nuire aux soins centrés sur la personne. Bien que ces deux études diffèrent de la nôtre sur plusieurs points, elles corroborent que les caractéristiques des personnes peuvent influencer la collaboration au sein d'une équipe. Notre étude vient ajouter aux connaissances en précisant les impacts de l'attitude ainsi que de certaines caractéristiques personnelles sur la collaboration.

En ce qui concerne la perception que les participantes avaient de leur rôle, l'absence de documents organisationnels dans le milieu de l'étude sur ces rôles n'a pas permis de comparer les perceptions des participantes sur leurs rôles avec les rôles attendus dans le milieu. Ainsi, les perceptions sont plutôt comparées ici à partir des descriptions disponibles dans les écrits scientifiques. Les résultats de notre étude sur les préposées indiquent que ces dernières perçoivent avoir des rôles de collaboration dans la détection des signes de douleur, dont en servant d'intermédiaire entre le résident et l'infirmière et en tentant des approches non pharmacologiques pour soulager la douleur des résidents. Ces résultats sont cohérents avec les études de Holloway et McConigley (2009), Karlsson et al. (2013) ainsi qu'avec Liu (2014). Toutefois, tel que mentionné dans l'étude de Liu (2014), leur collaboration pour la réévaluation de la douleur n'est pas un rôle qu'elles assument systématiquement. Par contre, les préposées

mentionnent le faire lorsque cela est demandé par l’infirmière. Ce résultat de notre étude soulève l’importance pour les infirmières de mobiliser la collaboration des membres de l’équipe de soins en déterminant les interventions de réévaluation requises pour favoriser la gestion de la douleur chronique.

Pour ce qui est de la perception que les infirmières ont de leur rôle, les participantes en ont mentionné plusieurs, dont l’évaluation de la condition physique et mentale, de déterminer la pertinence d’utiliser une échelle d’évaluation de la douleur, la gestion des équipes de soins ou encore la répartition des tâches aux membres de l’équipe de soins. Ces résultats rejoignent les éléments de l’exercice infirmier en CHSLD décrit dans le cadre de références de l’Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2018). Ce cadre de référence a été produit afin de guider les infirmières dans leur pratique en CHSLD, entre autres, en raison de la complexité des soins qui doivent être prodigués dans ces milieux. Toutefois, certains propos des participantes laissent penser que l’étendue de ces rôles ne correspond pas toujours à leur pratique. Par exemple, ce cadre mentionne que « l’infirmière ou l’infirmier évalue l’état de santé physique et mental de la personne hébergée à l’admission, en cours d’évolution et lors de changements dans la condition de santé en se référant aux meilleures pratiques et aux résultats probants » (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2018, p. 23). Cela implique, entre autres, l’utilisation systématique d’un outil d’évaluation de la douleur adaptée aux personnes atteintes de troubles cognitifs lorsque de la douleur est soupçonnée. Par contre, les infirmières ayant participé à notre étude n’utilisaient pas toujours un tel outil d’évaluation puisque, entre autres, ni les préposées ni les infirmières auxiliaires ne semblaient connaître un tel outil pour lequel leur collaboration devrait être sollicitée pour le compléter. Cela permet de penser qu’il y a des écarts entre les rôles perçus par les participantes et les rôles décrits comme constituant la pratique infirmière en CHSLD.

Aussi, bien qu’aucune infirmière ne l’ait mentionné explicitement, la comparaison des cas durant l’analyse des données a permis de constater que le leadership des infirmières diffère d’un cas à l’autre et semble contribuer à moduler la collaboration au sein de l’équipe de soins. En effet, seule une infirmière a mentionné utiliser le potentiel des membres de son équipe de soins en leur permettant de participer activement aux processus décisionnels et à la recherche de stratégies pour résoudre les problèmes, en utilisant les erreurs comme une opportunité d’offrir

des capsules de formation pour accroître leurs connaissances et leurs compétences ou encore en offrant des responsabilités basées sur leurs forces respectives. Cette façon d'utiliser son leadership rejoint le leadership infirmier axé sur les forces de Gottlieb, Gottlieb et Shamian (2012) qui vise à promouvoir, développer et potentialiser les forces de chacune des membres de l'équipe pour améliorer la qualité des soins aux résidents. De plus, Gottlieb et al. (2012) affirment que les incidents doivent être considérés comme une opportunité d'apprentissage afin d'améliorer ses compétences, tel que le « cas D » le soulignait. Ces résultats rejoignent les résultats de la présente étude et permettent de mieux comprendre l'impact que le leadership infirmier peut avoir sur la collaboration des équipes de soins quant à la gestion de la douleur chronique.

Par ailleurs, durant l'étude, un sentiment d'impuissance a été mentionné par les membres de l'équipe de soins dans leur rôle concernant la gestion de la douleur chronique. Ce sentiment surviendrait lorsqu'elles ne peuvent pas faire davantage pour soulager la douleur des résidents ou qu'elles peinent à établir formellement la présence de douleur. La notion d'impuissance avait été soulevée dans l'étude de Liu (2014). Toutefois, ce terme était plutôt utilisé dans le sens où les préposées rapportaient se sentir impuissante quand leurs propos n'étaient pas pris en considération par les infirmières. Par ailleurs, ce résultat est partiellement cohérent avec les résultats de Burns et McIlfatrick (2015). Basée sur 11 articles, cette revue de littérature souligne la difficulté des infirmières d'identifier la présence de la douleur chez une personne atteinte de troubles cognitifs. Cependant, cette difficulté est associée à un manque de confiance pour déterminer la source du changement de comportement observé. La notion d'impuissance serait quant à elle associée au sentiment de frustration ressenti par les infirmières lorsque les médecins manquent de confiance en leur évaluation de la douleur chez la personne atteinte de troubles cognitifs. Notre étude apporte donc une contribution en soulignant que les soignants peuvent également ressentir un sentiment d'impuissance quant à la gestion de la douleur chronique, et ce, sans être lié à la relation avec d'autres membres de l'équipe de soins.

Ma connaissance de mes collègues module la dynamique d'équipe. Tel que mentionné dans le modèle de D'Amour et al. (2008), les résultats de notre étude indiquent que

la connaissance que nous avons de nos collègues de travail au plan personnel et professionnel influence la collaboration au sein de l'équipe, dont quant à la gestion de la douleur chronique.

En ce qui concerne la connaissance que nous avons des autres, les résultats indiquent que de connaître ses collègues de travail comportent certains avantages, dont de pouvoir s'adapter à ses collègues. Une infirmière ayant participé à l'étude s'est distinguée dans ses propos en mentionnant l'importance de trouver des responsabilités à donner aux membres de son équipe de soins basés sur leurs forces. Ces propos sont cohérents avec l'article décrivant les huit principes de l'approche basée sur les forces de Gottlieb et al. (2012). Ces auteurs mentionnent que les infirmières doivent reconnaître les forces des membres de leur équipe de soins pour les mobiliser et contribuer à la collaboration.

En ce qui concerne les perceptions du rôle des autres membres de l'équipe de soins, comme mentionné précédemment, il n'a pas été possible de comparer les rôles formellement attendus d'eux étant donné l'absence de documents à ce sujet dans le milieu de l'étude. Cependant, certaines nuances entre la perception de son rôle et celles des autres permettent de constater une certaine méconnaissance de l'étendue du rôle de chacun. L'étude suédoise de Ramgard, Blomqvist et Petersson (2015) a été conçue pour soutenir les professionnels impliqués dans l'élaboration de plan personnalisé de soins et de protection sociale pour les personnes âgées à domicile. Cette recherche-action participative a recruté 18 personnes provenant de trois municipalités. L'échantillon de chacune des municipalités comprenait l'équivalent d'une infirmière auxiliaire, une infirmière, une physio ou ergothérapeute, une travailleuse sociale, une gestionnaire ainsi qu'une médecin omnipraticienne. Les résultats ont identifié que le manque de connaissance de l'étendue du champ de pratique de chacune des membres de l'équipe interprofessionnelle représente une entrave à la collaboration interprofessionnelle. Au cours de l'étude, les participantes ont constaté qu'elles avaient tendance à percevoir un problème selon leur point de vue et que l'ouverture aux autres professions leur a permis d'être davantage à l'écoute des propos des autres en plus de se centrer davantage sur le patient. Aussi, il a été constaté que les réflexions produites par les dialogues entre les professionnels leur a permis de réaliser davantage la complémentarité des rôles. Ces résultats soulignent l'importance de bien connaître l'étendue du champ de pratique de chacune des membres de l'équipe de soins afin de

favoriser la collaboration. Notre étude vient appuyer ces résultats en démontrant une certaine méconnaissance de l'étendue du rôle des membres de l'équipe de soins.

La qualité de mes interactions avec mes collègues influence notre collaboration. Les résultats indiquent que la qualité des interactions influence la collaboration au sein des équipes de soins quant à la gestion de la douleur chronique chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs, bien que cet aspect ne fasse pas partie du modèle de la collaboration interprofessionnel de D'Amour et al. (2008).

Les signes de civilités sont identifiés par les participantes pour favoriser la collaboration au sein de l'équipe de soins en améliorant la qualité des relations, tel que de prendre le temps de se saluer. À ce propos, la revue systématique de littérature réalisée par De Villers et Cohn (2017) s'est penchée sur l'incivilité dans la pratique infirmière. Les 10 articles retenus ont rapporté que l'incivilité a des conséquences négatives, dont une baisse de productivité, une détérioration des relations entre les infirmières et les médecins ainsi qu'une diminution de la qualité des soins octroyés aux résidents. Bien que n'étant pas spécifiques à l'équipe de soins, au CHSLD ou encore à la gestion de la douleur chronique chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs, ces résultats permettent de mettre en lumière que des impacts négatifs sur l'équipe de soins peuvent être induits par l'incivilité, ce qui est cohérent avec la présente étude. Notre étude vient toutefois ajouter aux connaissances actuelles en démontrant la relation entre les signes de civilité et la collaboration quant à la gestion de la douleur chronique en CHSLD.

Par ailleurs, nos résultats indiquent que les marques de reconnaissance favorisent la collaboration au sein de l'équipe de soins quant à la gestion de la douleur chronique chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs. Ces résultats concordent avec ceux Jansen et al. (2017) dans leur étude portant sur les perceptions ainsi que les expériences des préposées quant à la gestion de la douleur chez les personnes atteintes de démence et en fin de vie. Cette étude s'est déroulée en Irlande du Nord et a recruté 14 préposées. Les participantes ont, entre autres, indiqué qu'elles se sentent reconnues et valorisées lorsque des personnes qualifiées, telles que les infirmières, prennent leurs propos au sérieux. Dans de telles circonstances, elles ont indiqué qu'elles étaient davantage motivées à porter une attention accrue aux signes de douleur et

donnaient un rapport détaillé de leurs perceptions et constats aux infirmières en plus de collaborer en ajustant leur routine selon les actions des infirmières. Au contraire, lorsqu'elles ne se sentent pas reconnues ou encore ignorées, elles avaient tendance à être moins précises lorsqu'elles rapportaient les signes de douleur et ne modifiaient pas leur routine, dont pour attendre l'efficacité de la médication avant de mobiliser un résident. Ces résultats appuient ceux de la présente étude en soulignant l'importance de la reconnaissance de la contribution de chacun pour favoriser la collaboration au sein de l'équipe de soins pour ainsi promouvoir la gestion de la douleur chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs.

Par ailleurs, nos résultats soulignent aussi l'importance d'impliquer l'ensemble des membres de l'équipe de soins, dont dans l'élaboration des plans de soins. Ce concept d'implication de tous est courant dans la littérature, dont dans le cadre de référence de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2018) sur l'exercice en CHSLD. Aussi, tel que mentionné dans les études portant sur les préposées de Liu (2014) ou encore de Karlsson et al. (2013), le manque d'implication des préposées dans les prises de décision pour déterminer le plan de soins peut entraîner un sentiment de frustration, une sous-évaluation et une gestion sous optimale de la douleur, ce qui est peu favorable à la collaboration. Les résultats de notre étude permettent de préciser les retombées de l'implication de chacune des membres de l'équipe de soins dans leur pratique collaborative.

Des problèmes et des objectifs divergents, c'est inévitable, mais peut-on s'entendre?

Les résultats de notre étude révèlent qu'il y a une multitude de motifs aux conflits et qu'il existe une grande disparité parmi les stratégies utilisées pour résoudre les problèmes au sein de l'équipe de soins, allant de l'évitement à une communication ouverte en reconnaissant ses erreurs et en se centrant sur des objectifs communs. Les différents moyens de résoudre les conflits ont été explorés dans l'étude espagnole d'Iglesias et de Bengoa Vallejo (2012). Cette étude de type descriptive quantitative transversale visait à identifier les styles de résolution de conflits dominant dans deux milieux, soit en milieu clinique et académique afin d'en déterminer les différences. Un total de 130 infirmières superviseurs, infirmières et préposées ont complété la version espagnole du questionnaire *Thomas-Kilmann Conflict Mode Instrument* (Garcia, 2008). Leurs résultats indiquent que les styles de résolution de conflits les plus fréquents sont

les compromis (27,7%), la compétition (26,2%), l'évitement (23,1%) et l'accommodation (18,5%). Dans seulement 4,6%, le style collaboratif était utilisé. Ce style est défini par des tentatives directes de résoudre les conflits. Les styles accommodants et d'évitement étaient surtout utilisés par les infirmières et les préposées, sans différence statistique en lien avec le milieu. De plus, les différentes sources et façons de gérer les conflits sont aussi identifiées dans la revue intégrative de littérature de Almost et al. (2016) qui a examiné les antécédents aux conflits, dont les sources et les causes, en lien avec leur gestion ou atténuation. Basée sur 44 articles de recherche, cette revue intégrative de littérature permet de percevoir la complexité derrière les conflits, dont les liens avec les traits de personnalité, l'intelligence émotionnelle, les attitudes, l'ambiguïté des rôles, les caractéristiques de l'environnement ou encore les aspects relationnels colorant les conflits ainsi que les stratégies qui seront utilisées pour les résoudre. À titre d'exemple, les résultats indiquent que les personnes extraverties expriment plus fermement leurs opinions et sont davantage en situation de conflit. Bien que non spécifiques aux conflits au sein des équipes de soins en CHSLD, ces résultats corroborent ceux de notre présente étude qui vient démontrer leur transférabilité au contexte des CHSLD.

Bien que certains objectifs au sein de l'équipe de soins soient divergents, les participantes ont exprimé que d'avoir des objectifs communs influençait positivement la collaboration quant à la gestion de la douleur chronique. Le concept d'objectif commun est courant dans les écrits, dont dans le modèle de la structuration de la collaboration interprofessionnelle de D'Amour et al. (2008) et dans divers autres écrits (Bookey-Bassett et al., 2017; Gittell, Godfrey et Thistlethwaite, 2013; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2018). Tel que mentionné dans D'Amour et al. (2008), le fait de s'entendre sur un objectif commun est un début prometteur à la pratique collaborative, soutenant ainsi les résultats de la présente étude.

Par ailleurs, la notion de tâches est mentionnée à de nombreuses reprises dans le discours des participantes, particulièrement lorsqu'elles décrivent que certaines personnes se concentrent davantage sur les tâches à accomplir que sur la personne âgée atteinte de troubles cognitifs. La récurrence de ce propos laisse penser que les soins dans le milieu de l'étude étaient davantage centrés sur la tâche plutôt que sur les personnes âgées en hébergement. Dans une recherche-

action, Buckley, McCormack et Ryan (2018) visaient à évaluer l'implantation d'une approche basée sur les récits pour développer l'approche de soins centrés sur la personne au sein de deux résidences pour personnes âgées. Parmi leurs résultats, notons que les participantes mentionnent porter davantage attention à l'accomplissement de la tâche, bien qu'elles reconnaissent qu'elles devraient plutôt porter attention à ce que le résident souhaiterait. Les principales raisons expliquant cette préoccupation pour la réalisation de tâches sont une difficulté à trouver des solutions aux problèmes, le manque de temps, le manque de personnel ainsi que la rotation du personnel tous les six mois. Dans un des deux milieux, l'ampleur de ces contraintes a eu comme conséquences un délaissement de certains aspects de l'approche de soins centrés sur la personne durant l'étude pour se concentrer sur l'amélioration de la communication, dont entre les membres de l'équipe de soins ou encore à propos des plans de soins. Les contraintes ayant émergé durant cette étude permettent de mieux comprendre ce qui incite les soignants à se concentrer sur les tâches, mais sans l'expliquer complètement. Nos résultats permettent de penser que des objectifs divergents, tels que d'être au travail que pour le salaire, d'avoir des problèmes personnels qui empêchent de se dédier au travail ou encore certaines caractéristiques personnelles contribuent à des soins davantage centrés sur la tâche plutôt que la personne.

La circulation de l'information est essentielle, mais manque parfois d'efficace.

Nos résultats distinguent deux catégories de communication pour faire circuler l'information sur la douleur des résidents, soit la communication écrite et verbale. En ce qui concerne la circulation écrite de l'information, les participantes reconnaissent que les outils de communication écrits sont nécessaires afin de laisser des traces des événements ou des tâches à accomplir. Ce constat est cohérent avec l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec qui stipule que des outils d'échange d'information sont requis et qu'ils doivent être formalisés et structurés puisque c'est un élément majeur à la qualité des soins (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016). Toutefois, bien que la communication écrite permette de faire circuler l'information, de nombreuses embûches sont rapportées par les participantes, telles que le manque de temps, les nombreux outils de communication ou encore le manque de standardisation et de rigueur dans leur utilisation rendant ce moyen de communication peu efficace.

Pour ce qui est de la communication verbale, les équipes de soins soulignent que la communication verbale est celle qui est la plus appréciée puisqu'elle permet de faire circuler rapidement les informations, de faire des interventions promptes, ainsi que de mieux comprendre une situation considérant qu'elle offre généralement davantage d'information que la communication écrite. Ce constat rejoint la théorie de coordination relationnelle de Gittel (Cramm, Hoeijmakers et Nieboer, 2014; Gittel et al., 2013; Havens, Gittel et Vasey, 2018; Havens, Vasey, Gittel et Lin, 2010). Cette théorie définit la relation de coordination comme « un processus d'interaction entre la communication et les relations qui se renforcent mutuellement dans le but d'intégrer les tâches » (Havens et al., 2010, p. 927 [Traduction libre]). Quatre dimensions sont liées à la communication, soit d'être fréquente, rapide, précise ainsi que centrée sur la résolution de problème (voir figure 5). Selon cette théorie, une communication « fréquente » est considérée importante pour suivre l'évolution du patient ainsi que pour développer les relations grâce à la familiarité entre les collègues. Une communication « rapide » permet d'assurer l'efficacité des soins et « précise » pour éviter les erreurs ou des délais dans les soins. Finalement, la communication doit être « centrée sur la résolution de problème » plutôt que de blâmer. Bien que ce modèle s'appuie aussi sur des dimensions relationnelles, soit d'avoir des « buts communs », le « partage des connaissances » ainsi que le « respect mutuel », il corrobore les résultats de notre étude.

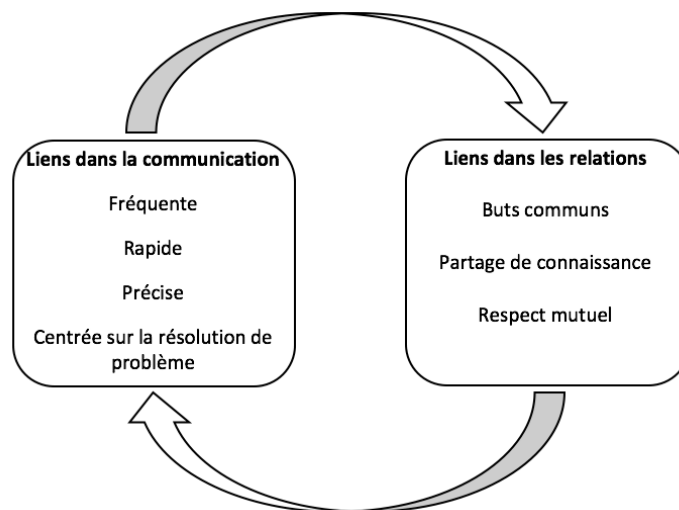


Figure 5. Les dimensions de la coordination relationnelle (Tiré de Havens et al., 2010 [Traduction libre])

Par ailleurs, les résultats indiquent que la communication verbale formelle est utile, puisqu'elle permet de joindre plusieurs personnes en même temps, de partager de l'information ainsi que de discuter des difficultés rencontrées. Toutefois, la manque de temps ainsi que la difficulté de se libérer en raison des tâches à accomplir rend difficile la tenue des rencontres selon nos participantes. Selon le modèle de la structuration de la collaboration interdisciplinaire (D'Amour et al., 2008), la tenue de rencontre d'équipe formelle est considéré comme nécessaire pour échanger de l'information sur les résidents, pour ajuster les plans de travail ou encore pour résoudre des problèmes. Cela dit, la fréquence à laquelle il est préférable de tenir une rencontre n'est pas définie, ce qui ne permet pas de comparer les résultats de la présente étude avec les pratiques idéales. À l'hôpital Ste-Justine, un projet pilote de rencontre de cinq minutes quotidienne a été mené par Tremblay et Larone Juneau (2018). Ce bref moment de rencontre, nommé le *Hot five*, servait à transmettre de l'information à l'ensemble des membres des équipes de soins concernant cinq volets, soit clinique, administratif, qualité, social ainsi que pour la reconnaissance du personnel. Selon les auteurs, plusieurs bénéfices ont découlé de ce type de rencontre, dont une meilleure connaissance des rôles de chacun ainsi qu'une amélioration de la qualité des soins octroyés. Ce constat laisse donc penser que de fréquentes et courtes rencontres pourraient être profitables pour favoriser la collaboration des équipes de soins quant à la gestion de la douleur chronique.

Les éléments organisationnels sont hors de notre contrôle. Les résultats de cette étude ont identifié certains éléments organisationnels influençant la collaboration des équipes de soins quant à la gestion de la douleur chronique chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs tels que le manque de ressources humaines, le style de gestion de l'infirmière-chef ainsi que le soutien de la direction.

En termes de contrainte à la collaboration, les participantes ont identifié le manque de temps ainsi que le manque de ressources humaines entraînant une surcharge de travail pour les équipes de soins, ce qui nuit à la collaboration des équipes de soins quant à la gestion de la douleur chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs. Ce constat est corroboré par l'actualité des derniers mois au Québec depuis le cri du cœur d'une jeune infirmière en CHSLD qui a dénoncé sur Facebook le manque de personnel et le manque de temps pour offrir des soins

de qualité (Touzin, 2018). Selon les propos rapportés par la présidente de l'OIIQ, les infirmières appellent pour s'autodénoncer en raison de leur importante incapacité à accomplir leurs tâches. Cette situation serait sans précédent (Lévesques, 2018). De surcroît, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2014) affirme, dans son mémoire sur les conditions de vies des personnes résidants en CHSLD, que « le nombre d'infirmières est directement lié à la qualité des soins» (p. 6). Il explique que le manque d'infirmière réduit le nombre d'évaluations entraînant ainsi des incidents, dans ce cas-ci une mauvaise gestion de la douleur. Par ailleurs, ce mémoire de l'OIIQ souligne la prudence à adopter dans le choix des ratios considérant les études, dont en misant sur l'utilisation optimale du champ de compétences de chacune des membres de l'équipe de soins. Des projets pilotes sont actuellement en cours afin d'établir les ratios requis pour les différents milieux de soins, dont les CHSLD (La Presse Canadienne, 2018) afin d'améliorer les conditions de travail des infirmières. Notre étude vient corroborer que la surcharge de travail des équipes de soins dans les CHSLD peut avoir des répercussions sur la collaboration quant à la gestion de la douleur chronique.

Bien que n'offrant pas de soins directs, les participantes indiquent que le style de gestion de l'infirmière-chef de l'unité de soins influence leur pratique collaborative. Elles s'entendent pour mentionner qu'elles peuvent aisément échanger avec une infirmière-chef qui se montre disponible, qui les écoutent et qui leur permettent de ressentir que des démarches seront entreprises pour résoudre les problèmes en plus d'octroyer des responsabilités en fonction des forces des membres de son équipe de soins. Ces constats recourent l'étude quantitative transversale Belge de Trybou, Gemmel, Pauwels, Henninck et Clays (2014) qui s'est penchée sur la relation entre le soutien organisationnel perçu, les échanges entre les membres des équipes de soins et l'infirmière-chef, le comportement des équipes entre faire sa tâche ou en faire davantage ainsi que l'identité professionnelle et organisationnelle. La collecte de données a été réalisée auprès de 153 infirmières et préposées, provenant de cinq centres d'hébergement à l'aide de plusieurs questionnaires, dont le *Perceived Organizational Support* (Eisenberg, R., Hutchison et Sowa, 1986) ainsi que le *Leadership-Members eXchange* (Scandura et Graen, 1984). Les résultats ont permis d'identifier qu'une relation significative entre le soutien organisationnel perçu et des efforts supplémentaires fournis par les membres de l'équipe de soins ($r=0,19$; $p=0,025$) ainsi qu'entre les échanges entre l'infirmière-chef et les membres de

l'équipe de soins ainsi que de faire davantage que seulement sa tâche ($r=0,17$; $p=0,044$). À partir de ces résultats, les auteurs soulignent l'importance des échanges entre l'infirmière-chef et les membres de l'équipe de soins. Bien que ces résultats soient cohérents avec notre présente étude, ils ne couvrent pas l'ensemble des caractéristiques de l'infirmière-chef mentionné par nos participantes, soit de miser sur les forces des membres de son équipe. L'article de Utley, Anderson et Atwell (2011) aborde quant à lui le leadership transformationnel de l'infirmière-chef. Basé sur la théorie du leadership transformationnel, sur la recherche ainsi que sur l'expérience pratique, cet article vise divers objectifs, dont de familiariser les infirmières-chef à ce style de leadership, de proposer des stratégies pour fidéliser les employées à leur poste, d'augmenter leur satisfaction au travail ainsi que d'augmenter la qualité des soins. Les stratégies sont basées sur quatre composantes, telles que représentées sur la figure 6. La première, la « considération individualisée », implique que l'infirmière-chef connaisse ses employées, qu'elle se préoccupe de leur bien-être et qu'elle découvre leurs forces afin de tenter d'attribuer des responsabilités basées sur leurs forces respectives. La seconde, la « stimulation intellectuelle », correspond à encourager les employées à développer leurs connaissances, dont leurs habiletés de résolution de problèmes en leur permettant d'être créative et novatrice. La troisième composante, la « motivation inspirante », représente la capacité de valoriser les employées, d'être optimiste et de stimuler l'esprit d'équipe au sein de son équipe. La dernière composante, l'« influence idéalisée », est de représenter un modèle de pratique, en étant accessible et en donnant une vision, une mission à l'équipe. Selon Utley et al. (2011), des retombées positives sont attribuables au leadership transformationnel, par exemple une augmentation de la qualité des soins, dont une meilleure gestion de la douleur, une réduction des chutes et des plaies de pressions. De plus, ce style de gestion augmenterait l'engagement au travail des préposées qui seraient davantage dédiées à leur travail. Bien que cela n'ait pas été le but de l'étude, l'analyse des données permet de constater que les participantes perçoivent certaines de ces caractéristiques chez leur infirmière-chef.

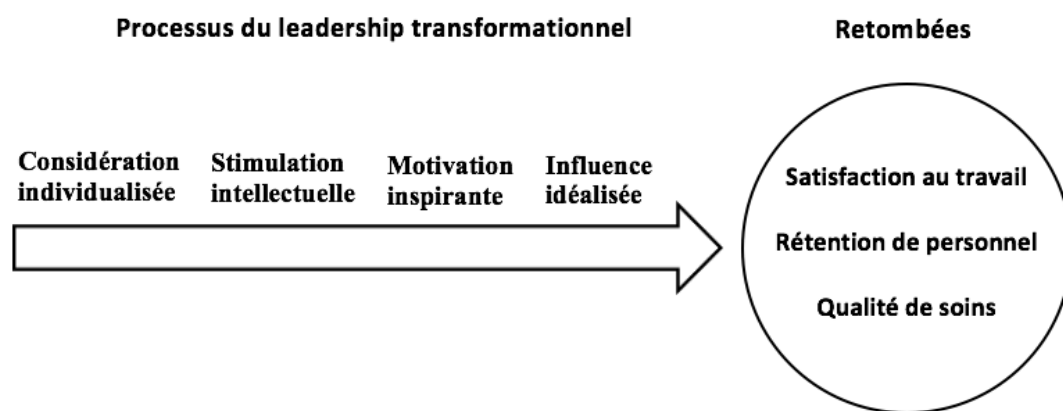


Figure 6. Le processus et les retombées du leadership transformationnel (Tiré de Utley et al., 2011 [Traduction libre])

Aussi, les participantes de notre étude ont souligné que les gestionnaires de l'organisation ont leur part de responsabilités afin de faire ce qu'il y a de mieux en ce qui concerne la collaboration des équipes de soins quant à la gestion de la douleur chronique. Parmi les stratégies qu'elles ont mentionnées pour améliorer leur fonctionnement, notons la formation, la mise en place d'une grille d'évaluation de la douleur, l'accès à du soutien clinique ou encore une surveillance plus étroite des employés.

Les participantes ont souligné avoir besoin de formation sur la gestion de la douleur, et ce, bien que le questionnaire sociodémographique permette de constater que la majorité des participantes en avait préalablement reçues. Le manque de formation est une barrière souvent soulignée par les écrits pour améliorer la gestion de la douleur, dont dans la revue de littérature de McAuliffe et al. (2009). À propos de la formation, l'étude de devis mixte de Gagnon, Hadjistavropoulos et Williams (2013) visait à développer et évaluer une formation continue à partir de vidéo d'entraînement pour améliorer les connaissances des équipes de soins quant à la douleur chez les personnes âgées en CHSLD. Cette étude canadienne a recruté 148 infirmières, infirmières auxiliaires et préposées. Les sources de données pour le volet qualitatif étaient des entrevues individuelles ainsi que des entrevues de groupes. Pour ce qui est du volet quantitatif, les croyances du personnel ont été évaluées à l'aide du *Pain Beliefs Questionnaire* (Edwards, Pearce, Turner-Stokes et Jones, 1992). *The Knowledge Test* a été développé pour évaluer les

connaissances des participantes. Ce dernier questionnaire a été distribué avant et après le visionnement de la vidéo ainsi que quatre semaines plus tard. Les résultats ont permis de constater une amélioration significative des connaissances entre le prétest et le test de suivi quatre semaines post-vidéo ($p < 0,001$) bien qu'une diminution significative des connaissances ait été constatée entre le post-test et le suivi ($p < 0,001$). Toutefois, les questions d'entrevue portant sur les comportements dans la pratique ont permis de mettre en lumière que les nouvelles connaissances ne semblaient pas être transposées dans la pratique. Selon les participantes, cet aspect pourrait être expliqué par d'autres éléments, dont le besoin de soutien des gestionnaires pour transposer des nouvelles connaissances à la pratique, rejoignant ainsi les résultats de notre étude. Gagnon et al. (2013) recommandent donc cette formation vidéo pour accroître les connaissances des équipes de soins, mais que d'autres formations pourraient être offertes pour rafraîchir et consolider les connaissances. Les auteurs soulignent aussi l'importance du soutien des gestionnaires dans le transfert des connaissances théorique à la pratique. Ce soutien pourrait être de la supervision, des rappels ou encore de répondre aux questionnements du personnel. Les résultats de cette étude corroborent donc les nôtres. Le besoin de soutien clinique ainsi que d'un suivi du gestionnaire peuvent contribuer à améliorer la gestion de la douleur chronique.

Dans un autre ordre d'idée, la collecte de documents organisationnels, donc développés par les gestionnaires de l'organisation, était planifiée dans le cadre de cette étude, mais force a été de constater l'absence de description de rôles et de règles de soins encadrant la collaboration ou la gestion de la douleur disponibles dans le CHSLD de l'étude. Selon le modèle de structuration de la collaboration de D'Amour et al. (2008), les documents organisationnels, tels que les protocoles, la description des rôles ou encore les outils formels permettent de bien définir ce qui est attendu de chacun. L'absence de ces documents organisationnels contribue à la présence de certains irritants ainsi qu'à maintenir une certaine ambiguïté dans les rôles, ce qui est perçu par les participantes comme nuisant à la collaboration, corroborant le modèle de D'Amour et al. (2008).

En somme, les résultats de cette étude ont permis une meilleure compréhension de plusieurs éléments pouvant influencer la collaboration des équipes de soins quant à la gestion de la douleur chronique chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs. Un élément

marquant de cette étude a été de constater les différences entre les cas, et ce, malgré qu'ils provenaient d'un même milieu, ce qui signifie qu'ils avaient la même réalité organisationnelle. Ces différences dans la collaboration ont été illustrées par le nom assigné à chaque cas. Par exemple, l'équipe *On est délaissée* se caractérisait, entre autres, par une communication verbale peu efficace entre les membres de l'équipe de soins, un des déterminants du modèle de D'Amour et al. (2008) qui a aussi émergé dans les thèmes de la présente étude comme étant un facteur modulant la collaboration. Une autre contribution importante de l'étude a été la description de l'influence des caractéristiques personnelles des soignants sur la collaboration au sein de l'équipe de soins, tel que dans l'équipe *On va devenir un modèle à suivre*, où l'infirmière recherche les défis en plus de beaucoup utiliser un leadership infirmier axé sur les forces de ses collègues tel que décrit par Gottlieb et al. (2012). Aussi, l'identification d'écarts entre les rôles décrits comme constituant la pratique infirmière en CHSLD et la perception qu'ont les infirmières de leurs rôles est un apport supplémentaire de cette étude. Tant les caractéristiques personnelles des infirmières que la perception de l'étendue de leur rôle n'étaient pas mentionnées dans le modèle de la structuration de la collaboration interprofessionnelle de D'Amour et al. (2008). D'un point de vue théorique, la bonification du modèle de D'Amour par l'ajout de la dimension personnelle, qui inclut les caractéristiques personnelles et la perception de son propre rôle, est une contribution importante de cette étude, en plus d'avoir transposé ce modèle conçu pour des équipes interprofessionnelles à des équipes de soins.

Considération méthodologique

La section qui suit aborde l'impact du devis de recherche, du milieu, de l'échantillonnage et de la méthode de collecte de données sur les résultats de l'étude.

Pertinence du devis de recherche. Dans le cadre de la recension des écrits de la présente étude, une seule étude s'était penchée spécifiquement sur la collaboration des équipes de soins quant à la gestion de la douleur chronique chez la personne atteinte de troubles cognitifs vivant en centre d'hébergement. Le choix d'utiliser l'étude de cas comme devis de recherche s'est avéré judicieux puisqu'il a permis d'obtenir une meilleure compréhension de la collaboration au sein de quatre équipes de soins tout en considérant le contexte particulier de ce CHSLD. En fait, ce devis a permis l'émergence de connaissances approfondies sur des éléments influençant

la collaboration des équipes de soins. De plus, l'étude de cas a été particulièrement pertinente afin de mettre en lumière les différences entre les quatre équipes de soins, et ce, bien que ces équipes proviennent d'un même CHSLD.

Milieu de l'étude. En ce qui concerne le milieu où s'est déroulée la présente étude, il est possible que les résultats obtenus soient teintés des nombreux changements qui avaient eu lieu dans ce CHSLD dans les mois précédents l'étude. Ces changements ont entraîné des tensions au sein des équipes de soins. Bien que la remise en place des postes d'infirmières et de préposées qui avaient été coupé antérieurement ait permis d'alléger le fardeau des équipes de soins, les participantes ont mentionné qu'elles n'avaient pas avoir retrouvé complètement un fonctionnement optimal. Il est donc possible que cela ait eu des effets sur la collaboration au sein des équipes de soins pour la gestion de la douleur chronique. Par ailleurs, cette situation a pu avoir une influence positive sur la collecte de données puisque leur expérience difficile a pu soulever des éléments influençant la collaboration qui n'auraient peut-être pas été mis à jour autrement.

L'échantillonnage. L'échantillonnage de cette étude représentait un défi en raison des critères d'inclusion qui visaient à recruter une infirmière, une infirmière auxiliaire et d'une préposée faisant partie d'une même équipe depuis au moins un an. L'appui de la marraine, soit l'infirmière-chef, s'est révélé un atout majeur. Son implication a grandement facilité le recrutement des cas en s'assurant que les participantes répondent aux critères d'inclusion. C'est aussi en raison de son implication que le recrutement a connu un tel engouement en permettant le recrutement de quatre cas plutôt que trois, ce qui représente une force de cette étude.

En ce qui concerne la représentativité des cas, l'échantillonnage a rendu possible la participation d'une équipe pour chacun des étages du CHSLD en ce qui concerne le quart de travail de jour. Cela a permis de constater les différences entre les cas et ce, bien qu'ils proviennent d'un même milieu. Aussi, l'ajout d'une équipe de soir s'est avéré pertinent dans le sens où elle a permis une variation maximale des données, renforçant ainsi les résultats obtenus.

Méthode de collecte de données. Tel que recommandé par (Stake, 1995), une courte liste de questions ouvertes a été préparée pour les entrevues semi-structurées individuelles afin de couvrir certains thèmes, tout en laissant l'occasion aux participantes de s'exprimer ouvertement. Cette latitude a permis de faire émerger des aspects influençant la collaboration ne faisant pas partie du modèle utilisé, tels que les caractéristiques personnelles des membres de l'équipe de soins. Par ailleurs, considérant que l'étudiante-chercheuse n'avait jamais fait d'entrevue semi-structurée, des pratiques ont eu lieu avec des collègues infirmières ainsi qu'avec sa directrice de maîtrise dans les semaines précédentes la collecte des données. De plus, à la suite des premières entrevues, l'étudiante-chercheuse a reçu de la rétroaction de sa directrice pour lui permettre d'améliorer ses compétences d'intervieweuse.

Le journal de bord s'est avéré un outil d'une grande valeur. En effet, les entrevues s'étant déroulées rapidement, cet outil de collecte de données a permis d'approfondir la réflexion de l'étudiante-chercheuse et d'apporter les ajustements nécessaires aux entrevues suivantes. Par ailleurs, il a permis de garder des traces des réflexions ou des idées concernant le projet, approfondissant ainsi la réflexion sur le phénomène à l'étude et contribuant à la rigueur de l'étude.

Considération théorique

Considérant la complexité du phénomène à l'étude et la rareté des études portant sur le sujet, l'utilisation du modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle de D'Amour et al. (2008) s'est avéré un choix judicieux. En effet, l'utilisation de ce modèle a servi de base solide à l'élaboration des questions d'entrevue semi-structurée. De plus, il a servi en trame de fond pour l'analyse des données, facilitant ainsi l'organisation des données.

Bien que ce modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle de D'Amour et al. (2008) ait été élaboré pour la collaboration entre des professionnels, cette étude a permis de démontrer que les quatre dimensions ainsi que les dix indicateurs de ce modèle peuvent aussi décrire des éléments qui influencent la collaboration au sein des équipes de soins. Par ailleurs, la présente étude a permis de mettre en lumière des concepts non inclus dans ce modèle, soit les

caractéristiques personnelles des soignants ainsi que la perception de son propre rôle sur sa pratique collaborative. L'ajout de ces concepts au modèle permettrait d'obtenir une vision davantage englobante de la collaboration au sein des équipes de soins. Ceci serait particulièrement pertinent puisque D'Amour et al. (2005), qui ont présenté les principaux concepts et modèle théorique de la collaboration, n'ont pas relevé non plus d'autres modèles de collaboration qui incluaient les concepts de caractéristiques personnelles et de la perception de son propre rôle.

Limites de l'étude

Malgré les efforts déployés pour assurer la rigueur de l'étude, certaines limites subsistent. Premièrement, bien que l'implication de l'infirmière-chef dans le recrutement des participantes ait facilité le recrutement, elle a aussi eu des effets qui ont pu être des limites à l'étude, et ce, de différentes façons. Une première est qu'il est possible que l'infirmière-chef ait choisi les personnes en fonction des informations qu'elles risquaient de transmettre, éloignant ainsi les personnes qui auraient pu tenir un discours moins souhaitable. Pour minimiser ce risque, une affiche a été apposée dans la salle d'employées et une lettre d'invitation a été transmise aux membres des équipes de soins afin de permettre aux employées de signifier elles-mêmes leur désir de participer. La seconde est que les personnes sollicitées aient ressenti une certaine pression pour participer à l'étude. Considérant que la demande provenait directement de leur supérieure, certaines personnes se sont peut-être senties obligées de participer. En raison de ce risque, la volonté de participer a été validée à différents moments, dont lors de la prise de contact par téléphone et avant l'entrevue au moment de la signature du formulaire de consentement, leur rappelant qu'elles pouvaient se retirer à tout moment sans qu'il n'y ait de conséquences.

Deuxièmement, le temps planifié pour les entrevues était parfois restreint. En effet, certaines entrevues ont eu lieu pendant l'heure du repas des participantes. En raison du temps requis pour expliquer le projet, le formulaire de consentement en plus de prendre le temps de remplir le questionnaire sociodémographique, certaines entrevues ont dû être écourtées, ce qui peut avoir affecté la profondeur de données collectées. Cependant, le nombre de personnes ayant

participé à l'étude ainsi que la richesse des données obtenues contrebalancent probablement cette limite.

Troisièmement, l'ensemble des entrevues semi-structurées ont été réalisées dans une courte période de temps, soit trois semaines, ce qui a pu limiter l'aspect itératif entre la collecte de donnée et l'analyse des données. Certains facteurs expliquent ce regroupement des entrevues. Un premier facteur est la volonté des participantes à prendre part au projet de recherche. En fait, un grand délai entre la manifestation de leur souhait de participer à l'étude et la tenue de la rencontre pour l'entrevue aurait pu les démotiver. Un effort a donc été fait pour profiter de leur volonté de participer en les rencontrant au premier moment qui leur convenait. Un second facteur expliquant la rapidité de la collecte des données a été la période éminente des vacances qui risquait de compliquer la participation des participantes provenant d'une même équipe de soins. En effet, puisque le recrutement visait des équipes de soins travaillant ensemble depuis un an et que l'absence de représentation d'un des types de soignants au sein de l'équipe aurait empêché le recrutement du cas, la période des vacances aurait pu nuire au recrutement. Pour éviter cette situation, des efforts ont donc été faits pour recruter rapidement les cas. Pour atténuer les effets de cette collecte des données rapide sur les résultats et respecter l'aspect itératif de l'étude, les enregistrements ont été écoutés de nombreuses fois, dont immédiatement après l'entrevue et une seconde fois dans les heures suivantes l'entrevue. De plus, le journal de bord s'est avéré utile afin d'y colliger promptement des résumés des rencontres. Cette façon de procéder a permis de rapidement entamer une réflexion sur la signification des propos tenus ainsi qu'à laisser émerger un début d'interprétation permettant ainsi de la valider, d'infirmer ou encore d'approfondir cette interprétation auprès des autres participantes. Ce travail a de plus permis d'ajuster les questions pour les entrevues suivantes.

Finalement, la présente étude s'est déroulée dans un seul CHSLD public. Au Québec, différents milieux d'hébergement sont possibles pour les personnes atteintes des troubles cognitifs en perte d'autonomie. Ces milieux sont, entre autres, les CHSLD privés conventionnés, en partenariat public-privé ou encore les unités de soins des résidences privées en plus des différences en termes de nombre de lits entre les différents établissements. Ces différences entre les milieux limitent la transférabilité des résultats. Toutefois, l'étude de cas ne visant pas une

généralisation, une description détaillée est fournie afin de permettre à chaque lecteur de tirer ses propres conclusions et ainsi faire ses propres généralisations, tel que recommandé par Stake (1995).

Implication de l'étude

Plusieurs implications peuvent découler de cette étude. Ces implications concernent la recherche, la pratique clinique, la formation, la gestion ainsi que le politique.

Pour la recherche. Basée sur le modèle de la structuration de la collaboration interprofessionnelle de D'Amour et al. (2008), les résultats de cette étude permettent une meilleure compréhension du déroulement de la collaboration au sein d'une équipe de soins. Toutefois, la présente étude a mis en lumière que d'autres éléments colorent la collaboration non identifiés dans le modèle de D'Amour et al. (2008), soit les caractéristiques personnelles ainsi que la perception de son rôle. Aussi, la discussion a permis de mettre en évidence un manque de connaissance dans la littérature concernant les liens entre les caractéristiques personnelles et la collaboration des équipes de soins. Des études spécifiques sur les liens entre ces concepts permettraient de corroborer les résultats de la présente étude, de mieux comprendre ces liens et ainsi d'identifier des stratégies permettant de mieux soutenir les personnes ayant des caractéristiques personnelles moins favorables à la collaboration.

De plus, la présente étude s'est seulement intéressée à la collaboration des équipes de soins, soit les infirmières, les infirmières auxiliaires ainsi que les préposées. Cependant, d'autres personnes sont impliquées dans la gestion de la douleur chronique chez la personne atteinte de troubles cognitifs en CHSLD, par exemple, les familles, le médecin, le pharmacien, les physiothérapeutes ou encore les ergothérapeutes. Une étude portant sur la collaboration de l'ensemble de ces personnes serait pertinente pour mieux comprendre le déroulement de la collaboration entre une équipe interprofessionnelle et une équipe de soins quant à la douleur chronique chez cette clientèle.

Considérant que la collaboration est recommandée pour améliorer la gestion de la douleur chronique (Dobbs et al., 2014; Liu, 2014), des études portant sur des stratégies pour améliorer la collaboration seraient fortement pertinentes. À titre d'exemple, l'état des connaissances actuel permet de mettre en lumière que le soutien des gestionnaires de l'organisation favorise l'implantation des nouvelles connaissances concernant la gestion de la douleur. Toutefois, il ne permet pas d'identifier clairement le style de soutien requis, l'intensité du soutien requis, ni la fréquence. Davantage d'études pourraient permettre de préciser le style de soutien des gestionnaires de l'organisation nécessaire pour soutenir les équipes de soins dans la collaboration quant à la gestion de la douleur chronique.

À partir des résultats de la présente étude, il serait aussi pertinent de bonifier l'outil d'évaluation de la collaboration des équipes de soins de D'Amour et al. (2008) en y incluant les aspects mis en lumière par notre étude, dont en ce qui concerne les caractéristiques personnelles qui influencent la collaboration ainsi que la perception de son rôle. Un tel outil permettrait aux gestionnaires d'évaluer plus rapidement leur équipe de soins permettant d'établir un profil de l'état de la collaboration et ainsi de mieux soutenir les équipes de soins en ciblant leurs besoins particuliers.

Pour la pratique clinique. Considérant que la communication verbale est la forme de communication préférée des membres des équipes de soins, la remise en place de réunion quotidienne serait sans doute une bonne solution. Inspirées du Hot Five (Tremblay et Larone Juneau, 2018), ces rencontres pourraient cibler des points saillants basés sur les besoins et problèmes du moment ainsi que pour souligner les bons coups des équipes de soins. De plus, la rapidité de ces rencontres s'harmoniserait davantage avec les contraintes temporelles vécues par les équipes de soins en CHSLD. La mise en place de telle rencontre pourrait ainsi favoriser la collaboration ainsi que la gestion de la douleur chronique chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs.

L'utilisation d'un outil d'évaluation de la douleur adaptée à la clientèle atteinte de troubles cognitifs est fortement recommandée par les lignes directrices (Hadjistavropoulos et al., 2007; Herr et al., 2011). Ces lignes directrices indiquent que l'implication de tous est

nécessaire pour procéder à une évaluation rigoureuse de la douleur chronique chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs. Cela sous-entend que des efforts devraient être déployés pour que chacun des membres de l'équipe de soins apporte sa contribution pour compléter l'outil d'évaluation, incluant les infirmières auxiliaires et les préposées.

La valorisation de chacun des membres de l'équipe de soins a été identifiée dans notre étude comme favorisant la collaboration quant à la gestion de la douleur chronique. Certains moyens simples ont été mentionnés. Par exemple, il peut être profitable de prendre régulièrement un temps pour souligner les bons coups et les forces de chacun de membres de l'équipe de soins. Un autre moyen peut être de remercier les membres de son équipe pour le travail accompli. Ces moyens ont le bénéfice de ne rien coûter, de ne pas prendre de temps, en plus de renforcer le désir de faire des efforts pour les personnes recevant ces messages, ce qui aura un impact positif sur la collaboration.

Pour la formation. La formation initiale est un moment privilégié pour aborder la question de la douleur chronique chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs. Que cela soit pour les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposées, il est important que leur formation initiale inclut les particularités du phénomène de la douleur chronique chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs. Les cursus de formation devrait aborder la reconnaissance de la douleur, les différents moyens de la soulager, mais aussi la collaboration qui est attendue de chacun des membres de l'équipe de soins pour mieux gérer cette douleur. Aussi, de la formation continue doit être planifiée sur les mêmes sujets afin de renforcer et consolider les connaissances acquises. De plus, comme l'article de Gagnon et al. (2013) l'a soulevé, les connaissances acquises lors de formation s'amenuisent dans les quatre semaines suivantes. Il est donc souhaitable de prévoir un suivi ainsi que du soutien pour s'assurer du maintien des connaissances ainsi que pour favoriser la transposition des connaissances à la pratique.

En ce qui concerne spécifiquement la formation initiale et continue des infirmières, une attention doit être portée au développement du leadership infirmier ainsi qu'à l'étendue de sa pratique dans un milieu comme les CHSLD. En raison des nombreux résidents dont elle a la

responsabilité, sa capacité à solliciter la collaboration d'une équipe de soins et de pratiquer selon la pleine étendue de son rôle sont déterminantes afin de mieux répondre aux besoins des personnes âgées (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2018). L'apprentissage du leadership infirmier axé sur les forces de Gottlieb et al. (2012) favoriserait une pratique collaborative et permettrait ainsi d'accroître la qualité des soins, dont la gestion de la douleur chronique chez la personne atteinte de troubles cognitifs.

Pour la gestion. Tel qu'indiqué dans les résultats de la présente étude, le gestionnaire de l'unité de soins influence la collaboration des équipes de soins. Parmi les caractéristiques de l'infirmière-chef soulevées, notons sa disponibilité, son écoute, son attitude proactive dans la recherche de solution ainsi que sa capacité à miser sur les forces des membres de l'équipe de soins. Les responsables des CHSLD devraient être à l'affût du style de leadership adopté par les infirmières-chefs afin de les soutenir, au besoin, dans le développement de leurs compétences en termes de leadership transformationnel, tel que décrit par Utley et al. (2011). Ce style de gestion contribuerait à des retombées positives, dont une augmentation de l'engagement des employées entraînant une stabilité accrue des équipes de soins, une augmentation de la qualité des soins, y compris en termes de gestion de la douleur (Utley et al., 2011).

L'absence de règle de soins ou de description de rôles concernant la collaboration ou encore la gestion de la douleur a été constatée dans le milieu de notre étude ce qui semble avoir nuit à la pratique collaborative. Le modèle de D'Amour et al. (2008) soutient que la formalisation permet d'explicitier ce qui attendu de chacun, ce qui permet d'éviter des irritants. Dans les CHSLD, il serait donc pertinent de s'assurer de la disponibilité et de la diffusion de règles de soins concernant, entre autres, l'utilisation d'un outil d'évaluation de la douleur qui établirait la contribution de chacune. Dans le même ordre d'idée, une description des rôles de chacune devrait être disponible et connue de toutes afin de contribuer à l'amélioration de la pratique collaborative.

Finalement, bien que des outils de communication formalisés soient recommandés (D'Amour et al., 2008; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016), les résultats de la présente étude indiquent qu'ils peuvent être nombreux, manquer de standardisation dans leur

utilisation ou encore être peu utilisés. Dans ce contexte, il peut s'avérer judicieux de s'assurer de la pertinence de chacun des outils et d'éviter les redondances. Pour ce faire, la sollicitation de la collaboration des membres de l'équipe de soins permettrait l'émergence d'outils qui correspondent à leurs besoins et leur réalité. Par ailleurs, des rappels sur l'importance de l'utilisation de ces outils, dont lors de rencontre d'équipe ou de *Hot Five*, pourraient contribuer à encourager la standardisation ainsi que la rigueur dans l'utilisation des outils de communication écrits.

Conclusion

Le phénomène de la douleur chronique est répandu chez les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs et mine leur qualité de vie. La collaboration des équipes de soins semble être une avenue prometteuse pour mieux la gérer. Pour cette raison, cette étude s'est attardée à mieux comprendre la collaboration au sein des équipes de soins quant à la gestion de la douleur chronique chez les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs en CHSLD. Les résultats ont permis d'exposer la complexité de cette collaboration. En plus des dimensions relationnelles et organisationnelles, les résultats ont mis en lumière que la collaboration est aussi modulée par une dimension personnelle. Malgré cette complexité, les résultats ont permis d'identifier des pistes de solution afin d'améliorer la collaboration. En utilisant la pleine étendue de leurs rôles et en développant un leadership infirmier axé sur les forces des membres de son équipe de soins, les infirmières ont l'opportunité de jouer un rôle crucial pour moduler la dynamique d'équipe et ainsi renforcer la collaboration quant à la gestion de la douleur chronique. Les résultats indiquent aussi qu'au-delà des équipes de soins, les gestionnaires de l'organisation doivent soutenir les équipes de soins, dont en facilitant l'intégration des connaissances acquises lors des formations reçues ou encore en formalisant les attentes envers le rôle de chacune des membres de l'équipe de soins. Considérant la surcharge de travail ainsi que la complexité des conditions médicales des résidents en CHSLD, nul ne peut parvenir seule à une gestion optimale de la douleur chronique. Les équipes de soins, les infirmières-chefs ainsi que les gestionnaires de l'organisation doivent collaborer afin d'être en mesure d'offrir des soins de qualité. Nos résultats laissent penser que l'union de l'ensemble des forces peut permettre une meilleure gestion de la douleur chronique, améliorant ainsi la qualité de vie des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs demeurant en CHSLD, en plus d'avoir des retombées positives pour le personnel, tel qu'une augmentation de la satisfaction au travail. Bref, en misant sur la collaboration, tout le monde serait gagnant !

Références

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. Dans J. Kuhl & J. Beckmann (dir.), *Action control: from cognition to behavior*. (p. 11-39). Berlin: Springer.
- Akinci, A., Al Shaker, M., Chang, M. H., Cheung, C. W., Danilov, A., Jose Duenas, H., . . . Wang, Y. (2016). Predictive factors and clinical biomarkers for treatment in patients with chronic pain caused by osteoarthritis with a central sensitisation component. *The International Journal of Clinical Practice*, 70(1), 31-44. doi: 10.1111/ijcp.12749
- Allaz, A.-F. (2003). *Aspect psychologique de la douleur chronique*. Rueil-Malmaison: Institut UPSA de la douleur.
- Almost, J., Wolff, A. C., Stewart-Pyne, A., McCormick, L. G., Strachan, D. et D'Souza, C. (2016). Managing and mitigating conflict in healthcare teams: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 72(7), 1490-1505. doi: 10.1111/jan.12903
- Assemblée nationale du Québec (mis à jour le 1er décembre 2015a). *Code des professions*. Éditeur officiel du Québec. Repéré à http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/C_26/C26.htm
- Assemblée nationale du Québec (mis à jour le 1er décembre 2015b). *Loi sur les infirmières et infirmiers*. Éditeur officiel du Québec. Repéré à http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/I_8/I8.HTM
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2013). *Évaluation et prise en charge de la douleur*. (3^e éd.). Toronto, Ontario: Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. (2014). Pour la qualité de vie des personnes hébergées en CHSLD. Repéré à http://www.aqesss.qc.ca/docs/public_html/document/memoires/MEM_AQESSS_CHSLD_20140214_VF.pdf
- Avrech Bar, M., Katz Leurer, M., Warshawski, S. et Itzhaki, M. (2018). The role of personal resilience and personality traits of healthcare students on their attitudes towards interprofessional collaboration. *Nurse Education Today*, 61, 36-42. doi: 10.1016/j.nedt.2017.11.005
- Baier, R. R., Gifford, D. R., Patry, G., Banks, S. M., Rochon, T., DeSilva, D. et Teno, J. M. (2004). Ameliorating pain in nursing homes: a collaborative quality-improvement project. *The American Geriatrics Society*, 52, 1988-1995.
- Barry, H. E., Parsons, C., Peter Passmore, A. et Hughes, C. M. (2012). An exploration of nursing home managers' knowledge of and attitudes towards the management of pain

- in residents with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(12), 1258-1266. doi: 10.1002/gps.3770
- Beaulieu, M. D., Denis, J.-L., D'Amour, D., Goudreau, J., Haggerty, J., Hudon, É., . . . Lebeau, R. (2006). L'implantation des Groupes de médecine de famille : un défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle: Étude de cas dans cinq GMF de la première vague au Québec. Repéré à http://www.ferasi.umontreal.ca/fra/07_info/Rapport_GMF_mars_2006_F.pdf
- Bookey-Bassett, S., Markle-Reid, M., McKey, C. A. et Akhtar-Danesh, N. (2017). Understanding interprofessional collaboration in the context of chronic disease management for older adults living in communities: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 73(1), 71-84. doi: 10.1111/jan.13162
- Braun, V. et Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Brown, C. A. (2010). Pain in communication impaired residents with dementia: Analysis of Resident Assessment Instrument (RAI) data. *Dementia*, 9(3), 375-389. doi: 10.1177/1471301210375337
- Buckley, C., McCormack, B. et Ryan, A. (2018). Working in a storied way - Narrative-based approaches to person-centred care and practice development in older adult residential care settings. *Journal of Clinical Nursing*, 27, e858-e872. doi: DOI: 10.1111/jocn.14201
- Buffum, M. D., Hutt, E., Chang, V. T., Craine, M. H. et Snow, A. L. (2007). Cognitive impairment and pain management: Review of issues and challenges. *The Journal of Rehabilitation Research and Development*, 44(2), 315-329. doi: 10.1682/jrrd.2006.06.0064
- Burns, M. et McIlfatrick, S. (2015). Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(8), 400-407.
- Caron, R. (2013). Coupure dans le domaine de la santé: moins d'infirmières dans les CHSLD. Repéré le 28 octobre 2014 à <http://tvanouvelles.ca/lcn/infos/national/archives/2013/09/20130926-214122.html>
- Cervo, F. A., Raggi, R. P., Bright-Long, L. E., Wright, W. K., Rows, G., Torres, A. E., . . . Komaroff, E. (2007). Use of the certified nursing assistant pain assessment tool (CPAT) in nursing home residents with dementia. *American Journal of Alzheimers Disease & Other Dementias*, 22(2), 112-119. doi: 10.1177/1533317506298907
- Chappell, N. L., Reid, R. C. et Gish, J. A. (2007). Staff-based measures of individualized care for persons with dementia in long-term care facilities. *Dementia*, 6, 527-547.

- Chen, Y. H., Lin, L. C. et Watson, R. (2010). Validating nurses' and nursing assistants' report of assessing pain in older people with dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 19(1-2), 42-52. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02950.x
- Commission de la santé et des services sociaux. (2016). Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Observation, conclusions et recommandations. Repéré à <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/csss/mandats/Mandat-32725/index.html>
- Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Instituts de recherche en santé du Canada. (2014). Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains. Ottawa: Auteur.
- Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. (2010). A national interprofessional competency framework. Vancouver, Colombie-Britannique.
- Corazzini, K. N., Anderson, R. A., Mueller, C., Hunt-McKinney, S., Day, L. et Porter, K. (2013). Understanding RN and LPN Patterns of practice in nursing homes. *Journal of Nursing Regulation*, 4(1), 14-18. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S2155-8256\(15\)30173-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2155-8256(15)30173-3)
- Corbière, M. et Larivière, N. (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Québec (Québec): Presses de l'Université du Québec.
- Cramm, J. M., Hoeijmakers, M. et Nieboer, A. P. (2014). Relational coordination between community health nurses and other professionals in delivering care to community-dwelling frail people. *Journal of Nursing Management*, 22(2), 170-176. doi: 10.1111/jonm.12041
- Creswell (2009). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. (3^e éd.). California: SAGE Publications, Inc.
- D'Amour, D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne du Québec*. (Thèse de doctorat en santé publique, Université de Montréal, Montréal, QC.). Repéré à http://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk2/tape17/PQDD_0003/NQ32608.pdf
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L. et Beaulieu, M. D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19 Suppl 1, 116-131. doi: 10.1080/13561820500082529
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J. F., Martin-Rodriguez, L. S. et Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8, 188. doi: 10.1186/1472-6963-8-188

- D'Amour, D., Goulet, L., Pineault, R., Labadie, J. F. et Remondin, M. (2003). Étude comparée de la collaboration interorganisationnelle et de ses effets: le cas des services en périnatalité. Repéré à http://www.fcass-cfhi.ca/migrated/pdf/researchreports/ogc/damour_final_f.pdf
- D'Amour, D., Sicotte, C. et Lévy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences sociales et santé*, 17(3), 67-94. doi: 10.3406/sosan.1999.1468
- D'Arcy, Y. M. (2010). *How to manage pain in elderly*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International.
- Dawson, A., Stensson, N., Ghafouri, B., Gerdle, B., List, T., Svensson, P. et Ernberg, M. (2016). Dopamine in plasma - a biomarker for myofascial TMD pain? *The Journal of Headache and Pain*, 17(1), 1-7. doi: 10.1186/s10194-016-0656-3
- De Villers, M. J. et Cohn, T. (2017). Performance Potential Special: Incivility in nursing practice. *Nursing Management*, 48(10), 42-51. doi: 10.1097/01.NUMA.0000522183.31780.76
- Déclaration universelle des droits de l'homme. (1948). Repéré à http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/frn.pdf
- Dehghani, A., Salsali, M. et Cheraghi, M. A. (2016). Professionalism in Iranian Nursing: Concept Analysis. *International Journal of Nursing Knowledge*, 27(2), 111-118.
- Department of Veterans Affairs. (2000). Pain as 5th vital sign toolkit. Repéré à https://www.va.gov/PAINMANAGEMENT/docs/Pain_As_the_5th_Vital_Sign_Toolkit.pdf
- Dobbs, D., Baker, T., Carrion, I. V., Vongxaiburana, E. et Hyer, K. (2014). Certified nursing assistants' perspectives of nursing home residents' pain experience: communication patterns, cultural context, and the role of empathy. *Pain Management Nursing*, 15(1), 87-96. doi: 10.1016/j.pmn.2012.06.008
- Donnellan, M. B., Oswald, F. L., Baird, B. M. et Lucas, R. E. (2006). The mini-IPIP scales: Tiny-yet-effective measures of the Big Five factors of personality. *Psychological Assessment*, 18, 192-203.
- Edwards, L. C., Pearce, S. A., Turner-Stokes, L. et Jones, A. (1992). The pain Beliefs questionnaire: An investigation of beliefs in the causes and consequences of pain. *Pain*, 51, 267-272.
- Eisenberg, R., R., H., Hutchison, S. et Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 71(3), 500-507.

- Elfstrand Corlin, T., Kajonius, P. J. et Kazemi, A. (2017). The impact of personality on person-centred care: a study of care staff in Swedish nursing homes. *International Journal of Older People Nursing*, 12(2), 1-10. doi: 10.1111/opn.12132
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2006). Le travail en équipe dans les services de santé: promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada. Ottawa, Ontario.
- Gagnon, M. M., Hadjistavropoulos, T. et Williams, J. (2013). Development and mixed-methods evaluation of a pain assessment video training program for long-term care staff. *Pain Research & Management*, 18(6), 307-312.
- Gagnon, Y.-C. (2012). *L'étude de cas comme méthode de recherche*. (2^e éd.). Québec: Presse de l'Université du Québec.
- Garcia, C. (2008). Thomas-Kilmann Modos de conflicto Instrumento. Perfil e informe interpretativo. CPP. Repéré à http://www.discoveryourpersonality.com/dyp3_pdf/Spanish KTI Sample.pdf
- Gittell, J. H., Godfrey, M. et Thistlethwaite, J. (2013). Interprofessional collaborative practice and relational coordination: improving healthcare through relationships. *Journal of Interprofessional Care*, 27(3), 210-213. doi: 10.3109/13561820.2012.730564
- Gottlieb, L. N., Gottlieb, B. et Shamian, J. (2012). Principales of strengths-based nursing leadership for strengths-based nursing care : a new paradigm for nursing and healthcare for the 21st century. *Nursing Leadership*, 25(2), 38-50. doi: 10.12927/cjnl.2012.22960
- Gouvernement du Québec. (2018). Avenir en santé: préposé aux bénéficiaires. Repéré le 25 août 2018 à <http://avenirensante.gouv.qc.ca/carrieres/prepose-aux-beneficiaires>
- Gropelli, T. et Sharer, J. (2013). Nurses' perceptions of pain management in older adults. *MEDSURG Nursing*, 22(6), 375-382.
- Haasum, Y., Fastbom, J., Fratiglioni, L., Kareholt, I. et Johnell, K. (2011). Pain treatment in elderly persons with and without dementia. *Drug & Aging*, 28(4), 283-293.
- Hadjistavropoulos, T., Herr, K., Turk, D. C., Fine, P. G., Dworkin, R. H., Helme, R., . . . Williams, J. (2007). An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. *The Clinical Journal of Pain*, 23(1), S1-S43.
- Havens, D. S., Gittell, J. H. et Vasey, J. (2018). Impact of Relational Coordination on Nurse Job Satisfaction, Work Engagement and Burnout: Achieving the Quadruple Aim. *Journal of Nursing Administration*, 48(3), 132-140. doi: 10.1097/NNA.0000000000000587

- Havens, D. S., Vasey, J., Gittell, J. H. et Lin, W. T. (2010). Relational coordination among nurses and other providers: impact on the quality of patient care. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 926-937. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01138.x
- Herr, K., Coyne, P. J., Key, T., Manworren, R., McCaffery, M., Merkel, S., . . . Wild, L. (2006). Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*, 7(2), 44-52. doi: 10.1016/j.pmn.2006.02.003
- Herr, K., Coyne, P. J., McCaffery, M., Manworren, R. et Merkel, S. (2011). Pain assessment in the patient unable to self-report: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*, 12(4), 230-250. doi: 10.1016/j.pmn.2011.10.002
- Holloway, K. et McConigley, R. (2009). Understanding nursing assistants' experiences of caring for older people in pain: the Australian experience. *Pain Management Nursing*, 10(2), 99-106. doi: 10.1016/j.pmn.2008.10.001
- Horgas, A. L., Nichols, A. L., Schapson, C. A. et Vietes, K. (2007). Assessing pain in persons with dementia: relationships among the non-communicative patient's pain assessment instrument, self-report, and behavioral observations. *Pain Management Nursing*, 8(2), 77-85. doi: 10.1016/j.pmn.2007.03.003
- Horne, R., Weinman, J. et Hankins, M. (1999). The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology & Health*, 14(1), 1-24. doi: 10.1080/08870449908407311
- Houghton, C., Casey, D., Shaw, D. et Murphy, K. (2013). Rigour in qualitative case-study research. *Nurse Researcher*, 20(4), 12-17.
- Husebo, B. S., Strand, L. I., Moe-Nilssen, R., Husebo, S. B. et Ljunggren, A. E. (2010). Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) Pain Scale in a clinical setting. *Scandinavian Journal of Caring Nursing*, 24(2), 380-391. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00710.x
- Hyett, N., Kenny, A. et Dickson-Swift, V. (2014). Methodology or method? A critical review of qualitative case study reports. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9, 23606. doi: 10.3402/qhw.v9.23606
- Iglesias, M. E. L. et de Bengoa Vallejo, R. B. (2012). Conflict resolution styles in the nursing profession. *Contemporary Nurse*, 43(1), 73-80.
- International Association for the Study of Pain. Repéré le 8 juin 2016 à <http://www.iasp-pain.org/>

- International Association for the Study of Pain. (2015, 15 septembre 2015). Declaration that access to pain management is a fundamental human right. Repéré le 15 août 2016 à <http://www.iasp-pain.org/DeclarationofMontreal?navItemNumber=582>
- Jansen, B. W., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfatrick, S. J., . . . Parsons, C. (2017). Exploring healthcare assistants' role and experience in pain assessment and management for people with advanced dementia towards the end of life: a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 16(6), 1-11. doi: 10.1186/s12904-017-0184-1
- John, O. P., Donahue, E. M. et Kentle, R. L. (1991). *The Big-Five Inventory-Version 4a and 54*. Berkeley: University of California.
- Kaasalainen, S., Coker, E., Dolovich, L., Papaioannou, A., Hadjistavropoulos, T., Emili, A. et Ploeg, J. (2007). Pain management decision making among long-term care physicians and nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 29(561-580). doi: 10.1177/0193945906295522
- Karlsson, C., Sidenvall, B., Bergh, I. et Ernsth-Bravell, M. (2013). Certified nursing assistants' perception of pain in people with dementia: a hermeneutic enquiry in dementia care practice. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 1880-1889. doi: 10.1111/jocn.12197
- Karlsson, C. E., Bravell, M. E., Ek, K. et Bergh, I. (2015). Home healthcare team's assessments of pain in care recipients living with dementia: a Swedish exploratory study. *International Journal of Older People Nursing*, 10, 190-100. doi: 10.1111/opn.12072
- Kovach, C. R., Griffie, J., Muchka, S., Noonan, P. et Weissman, D. (2000). Nurses's perceptions of pain assessment and treatment in the cognitively impaired elderly: It's not a guessing game. *Cinical Nurse Specialist*, 14(5), 215-220.
- Kvarnström, S. (2008). Difficulties in collaboration: a critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. *Journal of Interprofessional Care*, 22(2), 191-203. doi: 10.1080/13561820701760600
- Kvarnström, S. et Cedersund, E. (2006). Discursive patterns in multiprofessional healthcare teams. *Journal of Advanced Nursing*, 53(2), 244-252.
- La Presse Canadienne. (2018). Ratios infirmière-patients : Québec testera 10 nouveaux projets pilotes. Repéré le 14 août 2018 à <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1099624/dix-projets-pilotes-ratios-infirmieres-patients-gouvernement-quebec>
- Lepage, K. (2008). *Impact de la collaboration entre médecin et infirmières sur la communication entre professionnels/patient et famille*. (Mémoire, Université de Montréal). Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/2698>
Accessible par Papyrus.

- Lévesques, L. (2018). Des infirmières se dénoncent elles-mêmes, «du jamais vu». Repéré le 27 juillet 2018 à <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201802/26/01-5155298-des-infirmieres-se-denoncent-elles-memes-du-jamais-vu.php>
- Lichtner, V., Dowding, D., Esterhuizen, P., Closs, J., Long, A. F., Corbett, A. et Briggs, M. (2014). Pain assessment for people with dementia: a systematic review of systematic reviews of pain assessment tools. *BMC Geriatrics*, 14, 138-157. doi: 10.1186/1471-2318-14-138
- Lin, P. C., Lin, L. C., Shyu, Y. I. et Hua, M. S. (2010). Chinese version of the Pain Assessment in Advanced Dementia Scale: initial psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2360-2368. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05405.x
- Lincoln, Y. S. et Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, California: SAGE Publications.
- Liu, J. Y. (2014). Exploring nursing assistants' roles in the process of pain management for cognitively impaired nursing home residents: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 70(5), 1065-1077. doi: 10.1111/jan.12259
- Liu, J. Y., Pang, P. C. et Lo, S. K. (2012). Development and implementation of an observational pain assessment protocol in a nursing home. *Journal of Clinical Nursing*, 21(11-12), 1789-1793. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04152.x
- Loiselle, C. G. et Profetto-McGrath (2007). *Méthode de recherche en sciences infirmières: Approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent: ERPI: Compétences infirmière.
- Long, C. O., Morgan, B. M., Alonzo, T. R., Mitchell, K. M., Bonnell, D. K. et Beardsley, M. E. (2010). Improving pain management in long-term care: the campaign against pain. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 12(3), 148-155.
- Luecht, R. M., Madsen, M. K., Taugher, M. P. et Petterson, B. J. (1990). Assessing professional perceptions: design and validation of an Interdisciplinary Education Perception Scale. *Journal of Allied Health*, 19(2), 181-191.
- Lynch, M. E. (2011). The need for a canadian pain strategy. *Pain Research and Management*, 16(2), 77-80.
- Malatji, B. G., Meyer, H., Mason, S., Engelke, U. F. H., Wevers, R. A., van Reenen, M. et Reinecke, C. J. (2017). A diagnostic biomarker profile for fibromyalgia syndrome based on an NMR metabolomics study of selected patients and controls. *BMC Neurology*, 17(1), 1-15. doi: 10.1186/s12883-017-0863-9
- Marchand, S. (2009). *Le phénomène de la douleur*. (2^e éd.). Montréal: Chenelière Éducation.

- Martin, R., Williams, J., Hadjistavropoulos, T., Hadjistavropoulos, H. D. et MacLean, M. (2005). A qualitative investigation of seniors' and caregivers' views on pain assessment and management. *Canadian Journal of Nursing Research*, 37(2), 142-164.
- Martin-Rodriguez, L. S., D'Amour, D. et Leduc, N. (2008). Outcome of interprofessional collaboration for hospitalized cancer patients. *Cancer Nursing*, 31(2), E18-E27.
- McAuliffe, L., Nay, R., O'Donnell, M. et Fetherstonhaugh, D. (2009). Pain assessment in older people with dementia: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(1), 2-10. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04861.x
- Mentes, J. C., Teer, J. et Cadogan, M. P. (2004). The pain experience of cognitively impaired nursing home residents: perceptions of family members and certified nursing assistants. *Pain Management Nursing*, 5(3), 118-125. doi: 10.1016/j.pmn.2004.01.001
- Misson, L., Savoie, M. L., Aubin, M., Hadjistavropoulos, T. et Verreault, R. (2011). Les défis de l'évaluation de la douleur chez la personne âgée avec des capacités réduites à communiquer en raison d'une démence avancée. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*, 12(2), 55-64. doi: 10.1016/j.douler.2010.09.012
- Mitchell, P. H., Ferketich, S. et Jennings, B. M. (1998). Quality health care outcomes model. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 30(1), 43-46.
- Ni Thuathail, A. et Welford, C. (2011). Pain assessment tools for older people with cognitive impairment. *Nursing Standard*, 26(6), 39-46.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2013). *Prise de position sur la pratique infirmière en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)*. Montréal: Auteur.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2014). *Mémoire. Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)*. Montréal: Auteur.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016). *Expertises professionnelles adaptées aux besoins des personnes hébergées en CHSLD*. Collaboration interprofessionnelle - CHSLD. Repéré à http://www.odq.qc.ca/Portals/5/fichiers_publication/politiques/8472-vf-expertises-prof-besoins-pers-chsld-coll-inter.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2018). *Exercice infirmier auprès des personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) : Cadre de référence*. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/4504-exercice-infirmier-chsld-cadre-reference-web.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Collège des Médecins du Québec et Ordre des Pharmaciens du Québec. (2015). *Énoncé de position conjoint sur la collaboration*

interprofessionnelle: rehausser la qualité et la sécurité des soins. Repéré à <http://www.oiiq.org/publications/repertoire/enonce-de-position-conjoint-sur-la-collaboration-interprofessionnelle>

Paquette, A. et Bourbonnais, A. (2017). La gestion collaborative de la douleur chronique en centre d'hébergement et de soins de longue durée: une revue des écrits. *La Gérontoise*, 21(1), 7-16.

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. (3^e éd.). Thousand Oaks: CA: Sage.

ProfessionsSantéOntario. (2010, mai 2010). Mise en oeuvre de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé en Ontario. Rapport final du Comité de mise en oeuvre stratégique de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé. Repéré à <http://www.ontla.on.ca/library/repository/mon/25011/314093.pdf>

Ramgard, M., Blomqvist, K. et Petersson, P. (2015). Developing health and social care planning in collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 29(4), 354-358. doi: 10.3109/13561820.2014.1003635

Richard, V. (2011). *La collaboration interprofessionnelle*. (Rapport de stage, Université de Montréal). Repéré à https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/11861/Richard_Valerie_2011_travail_dirigé.pdf?sequence=4

Roy, S. N. (2009). L'étude de cas. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale* (5^e éd., p. 199-225). Québec: Presse de l'Université du Québec.

Royal College of Physicians, British Geriatrics Society et The British Pain Society (2007). *Assesment of pain in older people guidelines: national guidelines. Concise guidance to good pratice series*. (n^o 8). London: RCP.

Rutty, J. E. (1998). The nature of philosophy of science, theory and knowledge relating to nursing and professionalism. *Journal of Advanced Nursing*, 28(2), 243-250.

Saint-Arnaud, J. (1999). *Enjeux éthiques et technologies biomédicales: contribution à la recherche en bioéthique*. Montréal, (Québec): Presses de l'Université de Montréal.

Savoie, M. (2008). Comment évaluer la douleur en présence de démence grave. *La Revue canadienne de la maladie d'Alzheimer et autres démences*, 21-25.

Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale*. (5^e éd.). Québec: Presses de l'Université du Québec.

Scandura, T. A. et Graen, G. B. (1984). Moderating effects of initial Leader-Member Exchange status on the effects of leadership intervention. *Journal of Applied Psychology*, 69(3), 428-436.

- Sicotte, C., D'Amour, D. et Moreault, M.-P. (2002). Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres. *Social Science & Medicine*, 55, 991-1003.
- Smith, S. A. (2012). Nurse competence: A concept analysis. *International Journal of Nursing Knowledge*, 23(3), 172-182.
- Snow, A. L., O'Malley, K. J., Cody, M., Kunik, M. E., Ashton, C. M., Beck, C., . . . Novy, D. (2004). A conceptual model of pain assessment for noncommunicative persons with dementia. *The Gerontologist*, 44(6), 807-817.
- Société Alzheimer du Canada. (2011). Lignes directrices sur les soins centrés sur la personne. Prise en charge des personnes atteintes d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée qui vivent dans un foyer de soins de longue durée. Cadre de travail. Repéré à http://www.alzheimer.ca/~media/Files/national/Culture-change/culture_change_framework_f.pdf
- Stake, R. E. (1994). Case Studies. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (dir.), *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage Publications.
- Stake, R. E. (1995). *The arts of case study*. Thousand Oaks, CA: Sage Publication Inc.
- Stake, R. E. (2006). *Multiple case study analysis*. New York: Guilford Press.
- Touzin, C. (2018). Le cri du coeur d'une jeune infirmière devient viral. Repéré le 27 juillet 2018 à <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201801/30/01-5151988-le-cri-du-coeur-dune-jeune-infirmiere-devient-viral.php>
- Tremblay, C. et Larone Juneau, A. (2018). «Hot Five» 5 minutes pour améliorer la pratique. L'impact positif d'une brève réunion d'équipe visant au transfert d'information avant chaque quart de travail. *Perspective infirmière* (Mars - Avril), 31-33.
- Trybou, J., Gemmel, P., Pauwels, Y., Henninck, C. et Clays, E. (2014). The impact of organizational support and leader-member exchange on the work-related behaviour of nursing professionals: the moderating effect of professional and organizational identification. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), 373-382. doi: 10.1111/jan.12201
- Tse, M. M. Y. et Ho, S. S. K. (2012). Enhancing Knowledge and Attitudes in Pain Management: A Pain Management Education Program for Nursing Home Staff. *Pain Management Nursing*. doi: 10.1016/j.pmn.2012.03.009
- Utley, R., Anderson, R. et Atwell, J. (2011). Implementing transformational leadership in long-term care. *Geriatric Nursing*, 32(3), 212-219. doi: 10.1016/j.gerinurse.2011.02.001
- Voyer, P. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*. (2^e éd.). Montréal: Pearson/ERPI.

- Ware, L. J., Bruckenthal, P., Davis, G. C. et O'Conner-Von, S. K. (2011). Factors that influence patient advocacy by pain management nurses: results of the American society for pain management nursing survey. *Pain Management Nursing*, 12(1), 25-32. doi: 10.1016/j.pmn.2009.12.001
- Zahreddine, J. (2010). *Exploration de la perception de l'interdisciplinarité de la part des infirmières en milieu gériatrique*. (Mémoire, Université de Montréal). Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/4104>
- Zwakhaleh, S. M., Hamers, J. P., Abu-Saad, H. H. et Berger, M. P. (2006). Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC Geriatrics*, 6(3), 1-15. doi: 10.1186/1471-2318-6-3
- Zwakhaleh, S. M., Hamers, J. P. et Berger, M. P. (2007). Improving the clinical usefulness of a behavioural pain scale for older people with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 58(5), 493-502. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04255.x

Annexe A : Lettre d'explication

Bonjour Madame [REDACTED],

Tout d'abord, je tiens à vous remercier d'accepter la réalisation de mon projet de recherche au CHSLD [REDACTED]. Ayant reçu les approbations du comité d'éthique du CISSS [REDACTED] ainsi que du comité d'éthique de l'Université de Montréal, je suis maintenant prête à commencer.

En ce qui concerne mon projet, il porte sur la douleur chronique chez la personne âgée qui est fréquente, mais généralement sous-évaluée et sous-traitée. Parmi les solutions proposées dans les écrits scientifiques figure une meilleure collaboration au sein de l'équipe de soins (infirmières, infirmières auxiliaires, préposées) quant à la gestion de cette douleur. Toutefois, cet aspect a été peu exploré jusqu'ici. L'objectif de mon étude est donc de mieux comprendre la collaboration au sein de l'équipe de soins quant à la gestion de la douleur chronique chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs en CHSLD.

Pour ce faire, une étude de cas multiples est planifiée. Le recrutement de trois équipes de soins est visé, comprenant chacune une infirmière, une infirmière auxiliaire et une préposée. Les caractéristiques recherchées sont: 1) être membre d'une équipe de soins, soit être infirmière, infirmière auxiliaire ou préposée, qui travaillent ensemble auprès des mêmes personnes âgées, depuis au moins un an; 2) avoir une expérience d'au moins un an auprès des personnes atteintes de troubles cognitifs vivant avec de la douleur chronique; 3) désirer participer à l'étude. Des entrevues individuelles seront réalisées auprès de toutes les participantes, en dehors des heures de travail. Par ailleurs, les documents concernant la collaboration et la gestion de la douleur seront également recueillis. À titre d'exemple, si une règle de soins concernant l'évaluation de la douleur ou une politique encadrant la collaboration existent, elles seront collectées.

Afin de réaliser ce projet, votre aide me sera précieuse. J'aimerais donc vous rencontrer afin de discuter concrètement du déroulement du projet (par exemple, recrutement des participantes, documents disponibles) et de répondre à l'ensemble des questions que vous pourriez avoir. Dans l'attente de vos nouvelles, je vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments distingués.

Angélique Paquette
Infirmière clinicienne, candidate à la maîtrise
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal
[REDACTED]

Annexe B : Lettre d'invitation

**Aux infirmières, infirmières auxiliaires
et aux préposées aux bénéficiaires**

Bonjour à toutes,

Je suis étudiante à la maîtrise en sciences infirmières et j'effectue en ce moment une étude au sein de votre CHSLD. Ce projet porte sur la gestion de la douleur chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs. Plusieurs d'entre elles ressentent quotidiennement de la douleur. Malheureusement, ces personnes communiquent difficilement leurs besoins ce qui peut rendre difficile votre travail auprès d'elles. Puisque vous côtoyez ces personnes tous les jours, vous êtes les premières concernées par cette problématique. Le but de mon projet est donc de mieux comprendre comment votre équipe arrive à travailler ensemble pour aider ces personnes âgées atteintes de troubles cognitifs qui ont de la douleur quotidiennement.


Je souhaite donc recruter trois équipes de soins composées chacune d'une infirmière, d'une infirmière auxiliaire et d'une préposée aux bénéficiaires. La participation à l'étude demandera de me rencontrer une fois pour une entrevue individuelle d'environ 30 à 60 minutes au moment et lieu qui conviendra à la participante. Aucune compensation ou rémunération n'est prévue. Lorsque l'étude sera terminée, les résultats vous seront transmis.

Parmi les avantages que vous pourriez en retirer, mentionnons la possibilité de verbaliser sur votre réalité au travail, ce qui peut s'avérer libérateur. De plus, votre participation permettra l'avancement des connaissances dans le domaine de la collaboration et ainsi améliorer la qualité de vie des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs en CHSLD.

N'hésitez pas à me contacter si vous avez des questions ou pour manifester votre intérêt à participer au projet.

Merci de votre collaboration et au plaisir de vous rencontrer.

Angélique Paquette
Infirmière clinicienne, candidate à la maîtrise
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal



Annexe C : Affiche d'invitation

Projet de recherche

Participantes recherchées



Sujet : La collaboration quant à la gestion de la douleur chronique chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs.

Qui peut participer ? Les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposées.

Où et quand ? À votre convenance.

Ce qui est attendu : Une entrevue individuelle de 30 à 60 minutes.

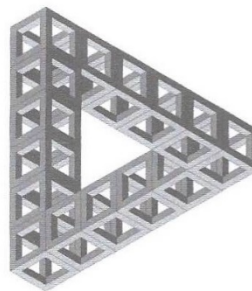
Compensation prévue ? Aucune. La participation est volontaire et bénévole.

Avantages :

- Temps pour verbaliser sur votre réalité au travail
- Avancement des connaissances sur les soins aux personnes âgées
- Amélioration de la qualité des soins.

Intéressée / Besoin d'information ?

Contactez-nous, Angélique Paquette ou Anne Bourbonnais, au [redacted] poste [redacted] ou par courriel à [redacted]



Annexe D: Guide d'entrevue semi-dirigée

Guide d'entrevue semi-dirigé

Préambule

- Deux grandes catégories de douleur sont reconnues. La première est la douleur aiguë qui survient à la suite, par exemple, d'un traumatisme ou une chirurgie. La seconde, la douleur chronique, est celle qui perdure au-delà de la période normale de rétablissement ou qui est secondaire à une pathologie chronique. Dans certains cas, aucune pathologie clairement établie n'explique la présence de la douleur chronique.
- Plusieurs personnes âgées atteintes de troubles cognitifs en CHSLD vivent quotidiennement avec de la douleur, soit la douleur chronique.
- Puisque les personnes qui ont des troubles cognitifs communiquent difficilement leurs besoins, il est plus difficile de gérer leur douleur.
- Vous êtes plusieurs à travailler auprès de ces personnes, dont les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposées et vos rôles sont différents. Je souhaite comprendre comment vous arrivez à travailler ensemble pour aider ces personnes âgées.
- Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, je souhaite seulement savoir comment les choses se déroulent pour vous.

Introduction

1. Pouvez-vous me raconter une situation où vous avez soigné un résident atteint de troubles cognitifs qui souffre de douleur chronique ?

Questions portant sur le but de l'étude

2. Décrivez-moi votre rôle quant à la gestion de la douleur chronique chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs ? *(Finalisation)*¹
3. Quels sont les objectifs communs aux infirmières, aux infirmières auxiliaires et aux préposées sur l'unité afin de travailler ensemble en ce qui concerne la gestion de la douleur chronique chez la personne atteinte de troubles cognitifs ? Quels sont les objectifs qui sont différents ? *(Finalisation)*
4. Comment percevez-vous le rôle des autres membres de l'équipe de soins quant à la gestion de la douleur chronique chez la personne atteinte de troubles cognitifs ?

¹ Les éléments entre parenthèse font références aux dimensions du cadre de référence.

(Intériorisation)

5. Comment se déroule le travail entre les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposées dans votre équipe quant à la gestion de la douleur chronique chez la personne atteinte de troubles cognitifs ? Selon vous, qu'est-ce qui facilite ce travail d'équipe ? Qu'est-ce qui nuit à ce travail d'équipe ? *(Gouvernance)*
6. Comment avez-vous établi cette façon de travailler ensemble ? *(Gouvernance)*
7. Quels sont, d'après vous, les facteurs qui influencent positivement la collaboration dans l'équipe de soins dans votre milieu de travail quant à la gestion de la douleur chronique chez la personne atteinte de troubles cognitifs ? Qu'est-ce qui l'influence négativement ? *(L'ensemble des dimensions du cadre)*
8. Lorsqu'une membre de l'équipe constate la présence de douleur chronique chez un résident atteint de troubles cognitifs, quels sont les moyens disponibles qui aident à trouver des solutions ? Quelles sont les difficultés rencontrées à la recherche de solutions ? *(Gouvernance)*
9. Comment est déterminé ce qui doit être fait par chacun pour la gestion de la douleur chronique ? Qu'est-ce qui est le plus aidant dans ce fonctionnement ? Qu'est-ce qui est le plus difficile dans ce fonctionnement ? *(Formalisation) (Au besoin, donner des exemples comme protocoles ou outils communs.)*
10. Quels sont les moyens utilisés pour transmettre l'information dans l'équipe de soins en lien avec la gestion de la douleur chronique ? Selon vous, quel moyen fonctionne le mieux ? Le moins bien ? *(Formalisation)*
11. Selon vous, quelle serait la collaboration idéale au sein de l'équipe soins pour une gestion efficace de la douleur chronique chez la personne atteinte de troubles cognitifs ?

Conclusion

12. Est-ce qu'il y a des éléments que vous désiriez aborder et dont vous n'avez pu parler au cours de l'entrevue ? Si oui, lesquels ?

13. Avez-vous des questions ou désirez-vous d'autres informations ? Lesquelles ?

En terminant, je tiens à vous remercier d'avoir pris de votre temps pour participer à ce projet de recherche. Votre contribution est importante afin de mieux comprendre la collaboration et ainsi trouver des pistes de solution pour améliorer la qualité de vie des résidents.

Annexe E : Grilles d'extraction des données

Grille d'extraction des données des documents

	Douleur chronique		
	Équipe 1	Équipe 2	Équipe 3
Règle de soins			
Suivi des lignes directrices			
Indication sur la fréquence des observations/évaluations à faire (évaluation initiale/suivi)			
Actions à entreprendre en présence de douleur			
<i>Description des rôles inclus dans la règle de soins</i>			
De l'infirmière			
De l'infirmière auxiliaire			
De la préposée			
Échelle d'évaluation de la douleur			
Adaptée à la clientèle avec troubles cognitifs?			
Disponible sur l'unité de soins ?			
Référence sur l'outil/son utilisation			
Formation offerte?			
Qui complète la grille?			
Fréquence à laquelle la grille est complétée			
<i>Description des rôles quant à l'outil d'évaluation de la douleur</i>			
De l'infirmière			
De l'infirmière auxiliaire			
De la préposée			
Autre			

Grille d'extraction des données des documents

	La collaboration		
	Équipe 1	Équipe 2	Équipe 3
Type de fonctionnement instauré (ex. : synergique)			
Disponibilité de documents de référence			
Formation diffusée ?			
Suivi de la mise en application (ex. : audits)			
Moyens de rétroaction utilisés			
Disponibilité du soutien/mentorat			
<i>Description des rôles dans le mode de fonctionnement instauré</i>			
De l'infirmière			
De l'infirmière auxiliaire			
De la préposée			
Autre			
Communication écrite			
Outils de communication écrite disponibles			
Sujets abordés			
Endroit où ils sont disponibles			
Destinataires			
Qui les complète			
Autre			
Communication orale			
<i>Rencontres planifiées pour discuter des résidents</i>			

Fréquence			
Personnes présentes			
Lieux			
Durée			
Personne désignée pour diriger la rencontre			
Autre			
<i>Rencontres planifiées pour discuter du fonctionnement de la collaboration sur l'unité</i>			
Fréquence			
Personnes présentes			
Lieux			
Durée			
Personne désignée pour diriger la rencontre			
Autre			
Philosophie de l'établissement			
Lieux d'affichage/disponibilité			
Autre			

Annexe F : Questionnaire sociodémographique

Questionnaire sociodémographique

Date : _____

Numéro identification de la participante : _____

Caractéristiques personnelles

1. Genre : ☐ Féminin ☐ Masculin
2. Quel est votre âge ? _____ ans

Caractéristiques professionnelles

3. Quel est votre titre d'emploi : ☐ Infirmière clinicienne
☐ Infirmière technicienne
☐ Infirmière auxiliaire
☐ Préposée
4. Sur quel quart de travail travaillez-vous? ☐ Jour
☐ Soir
☐ Nuit
5. Combien d'année(s) d'expérience avez-vous dans le domaine de la santé ? _____
6. Combien d'année(s) d'expérience avez-vous en CHSLD ? _____
7. Depuis combien d'année(s) travaillez-vous avec votre actuel l'équipe de soins ? _____
8. Avez-vous de l'expérience dans un autre type de milieu de soins ? Si oui, lesquels ?
☐ Non
☐ Oui, dans les milieux suivants : _____
9. Est-ce que vous avez déjà suivi de la formation continue sur la douleur ? Si oui, laquelle?
☐ Non
☐ Oui, la formation suivante : _____
10. Est-ce que vous avez déjà suivi de la formation continue sur la collaboration ? Si oui, laquelle?
☐ Non
☐ Oui, la formation suivante : _____

Annexe G : Liste des suffixes

Liste des suffixes	
Sources des données	Suffixe
Entrevue	E
Documents	D
Journal de bord	J
Titre d'emploi	
Infirmière	I
Infirmière auxiliaire	A
Préposée	P

Annexe H : Formulaire de consentement

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Titre du projet : La collaboration quant à la gestion de la douleur chronique chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs en centre d'hébergement et de soins de longue durée.

Numéro du projet : [REDACTED]

**Commanditaire / organisme
subventionnaire :** N/A

Chercheure principale : Anne Bourbonnais

Chercheure associée : Angélique Paquette

Téléphone : [REDACTED] poste [REDACTED]

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche qui est réalisé dans le cadre des études de maîtrise de Angélique Paquette sous la supervision de la chercheuse responsable du projet. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Si vous acceptez de participer au projet de recherche, vous devrez signer le formulaire de consentement à la fin du présent document et nous vous en remettrons une copie pour vos dossiers.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les risques et inconvénients ainsi que les avantages, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Il peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions nécessaires au chercheur responsable du projet ou aux autres personnes participant au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

La douleur chronique chez la personne âgée est fréquente, mais généralement sous-évaluée et sous-traitée. Cette problématique est encore plus répandue chez les personnes atteintes de troubles cognitifs hébergées en CHSLD. Plusieurs études se sont penchées sur l'évaluation de

la douleur chez cette clientèle. Parmi les solutions proposées figure une collaboration au sein de l'équipe de soins. Cet aspect est actuellement peu exploré dans les écrits.

L'objectif de l'étude est donc de comprendre la collaboration entre les infirmières, les infirmières auxiliaires ainsi que les préposées aux bénéficiaires en ce qui concerne la gestion de la douleur chronique chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs. Au total, le recrutement de neuf personnes est prévu. Plus précisément, nous recruterons trois infirmières, trois infirmières auxiliaires et trois préposées.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Si vous acceptez de participer à l'étude, vous devrez accepter de participer à une entrevue individuelle d'une durée approximative de 30 à 60 minutes, en dehors de vos heures de travail. Cette entrevue pourra se dérouler sur votre lieu de travail ou sur à tout autre lieu que vous proposerez. Aucune compensation ou rémunération n'est prévue. Votre participation est donc bénévole. L'entrevue sera dirigée par la chercheuse associée, Angélique Paquette. Aucune autre entrevue ne sera requise, mais il est possible qu'une conversation informelle de quelques minutes ait lieu avec vous après l'entrevue, soit dans un maximum de trois mois suivant l'entrevue, afin de clarifier certains éléments que vous auriez mentionnés, et ce uniquement afin de s'assurer de vous avoir bien compris.

- Au début de l'entrevue, des questions d'ordre générales vous seront posées afin de mieux vous connaître. Par exemple, ces questions porteront sur votre titre d'emploi et votre nombre d'années d'expérience.
- Au cours de l'entrevue, les questions porteront sur des aspects relationnels avec les autres membres de votre équipe ainsi que sur les aspects organisationnels de votre milieu de travail tels que les règles en vigueur dans votre milieu. Il y aura un enregistrement audio de l'entrevue afin de permettre la transcription fidèle de votre propos.

COLLABORATION DU PARTICIPANT

En acceptant de participer à l'étude, vous acceptez :

- De participer à une entrevue d'une durée approximative d'une heure
- Que l'entrevue soit enregistrée.
- Au besoin, une conversation informelle de quelques minutes sera sollicitée s'il advenait que certains points nécessitent d'être clarifiés.

RISQUES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION AU PROJET DE RECHERCHE

Malgré les mesures qui seront prises afin d'assurer la confidentialité, il est possible qu'un autre membre de votre équipe révèle votre participation au projet. Cependant, les propos tenus lors de l'entrevue seront entièrement confidentiels, tant pour vos collègues de travail que pour les gestionnaires de votre établissement, à moins que certaines informations ne servent à prévenir un acte de violence envers vous-même ou pour autrui.

Par ailleurs, lors de la diffusion des résultats, des mesures seront prises afin d'éviter que l'on ne puisse vous identifier. Par exemple, un nom fictif sera utilisé dans la présentation du cas. De plus, une attention sera portée à la description qui sera rédigée dans le rapport final pour que les détails

mentionnés ne permettent pas votre identification. À la fin de l'étude, les résultats seront transmis aux participants ainsi qu'à la direction du CHSLD. En dépit de ces efforts, il demeure possible qu'une personne de votre milieu puisse reconnaître votre participation ou une dynamique d'équipe qui sera présentée dans la description du cas.

INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION AU PROJET DE RECHERCHE

Répondre aux questions à propos de la collaboration au sein de votre équipe de travail pourrait vous faire ressentir de la gêne, de l'inconfort ou une certaine détresse psychologique. Par exemple, en vous remémorant des souvenirs peu plaisants provenant de conflits au travail. Nous ferons tous les efforts nécessaires pour minimiser ces inconvénients. Vous pouvez choisir de ne pas répondre à des questions ou d'arrêter l'entrevue. En tout temps, vous pouvez communiquer avec un membre de l'équipe de recherche qui vous orientera vers le *programme d'aide aux employés*, afin que vous puissiez recevoir l'aide psychologique dont vous avez besoin.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION AU PROJET DE RECHERCHE

Dans le cas où l'entrevue se déroulerait sur votre lieu de travail, aucun déplacement ne sera requis.

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais nous ne pouvons pas le garantir. Le bénéfice possible envisageable est, par exemple, la possibilité de verbaliser sur des situations professionnelles peut contribuer à votre réflexion et vous aider à identifier de nouvelles possibilités.

Par ailleurs, les informations découlant de ce projet de recherche pourraient contribuer à l'avancement des connaissances dans le domaine de la collaboration concernant la gestion de la douleur chronique chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs et ainsi, améliorer la qualité de vie de cette clientèle.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT DU PROJET DE RECHERCHE

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à la chercheuse responsable du projet.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur vos relations avec votre employeur.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement de l'étude qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai.

Si vous vous retirez de l'étude ou en êtes retiré, l'information déjà obtenue dans le cadre de l'étude sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour assurer la validité scientifique de l'étude.

ARRÊT DU PROJET DE RECHERCHE

La chercheuse responsable de l'étude et le Comité d'éthique de la recherche de [REDACTED] peuvent mettre fin à votre participation, sans votre

consentement, pour les raisons suivantes :

- Si la chercheuse responsable du projet pense que cela est dans votre meilleur intérêt;
- Si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche;
- S'il existe des raisons administratives d'abandonner l'étude.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet, la chercheuse responsable du projet et la chercheuse associée recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de l'étude seront recueillis.

Ces renseignements peuvent comprendre les transcriptions des entrevues réalisées. Votre dossier peut aussi comprendre d'autres renseignements tels que votre nom, âge, sexe, titre d'emploi.

Tous ces renseignements recueillis au cours du projet demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par la chercheuse responsable du projet de manière sécuritaire, dans un classeur barré du bureau de la chercheuse principale, qui est situé au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

Les entrevues seront transcrites par la chercheuse associée ou un agent de recherche. Les données de recherche et les transcriptions des entrevues seront conservées pendant 7 ans après la fin du projet de recherche par la chercheuse responsable. Après cette période, ils seront détruits. En ce qui concerne les enregistrements audio, ils seront détruits une fois la transcription terminée.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier. Les enregistrements audio ne seront pas diffusés.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche de [REDACTED] par l'établissement ou par une personne mandatée par des organismes publics autorisés. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet, seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire sécurisé maintenu par la chercheuse.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable du projet ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique de l'étude, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois

186 l'étude terminée.

187

188 **COMPENSATION**

189

190 Vous ne recevrez aucune compensation pour votre participation à ce projet de recherche.

191

192 **DROITS DU PARTICIPANT ET INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE**

193 Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit dû à votre participation au projet de recherche,

194 vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé, sans frais de votre part.

195

196 En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez

197 les chercheurs, ou l'établissement où se déroule ce projet de recherche de leurs responsabilités

198 civile et professionnelle.

199

200 **FINANCEMENT DU PROJET DE RECHERCHE**

201 Les chercheurs n'ont reçu aucun fonds d'organismes subventionnaires pour mener à bien ce

202 projet de recherche.

203

204 **PERSONNES À CONTACTER**

205 Pour toute question concernant l'étude, vous pouvez communiquer avec la chercheuse principale,

206 Anne Bourbonnais, au [REDACTED] poste [REDACTED] ou par courriel à

207 [REDACTED] ou bien avec Angélique Paquette, par courriel à

208 [REDACTED]

209

210 De plus, si vous avez des plaintes en tant que participant(e) à l'étude et désirez communiquer

211 avec une tierce partie impartiale, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et

212 à la qualité des services du [REDACTED] au [REDACTED]

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305

306

307

308

309

310

311

312

313

314

315

316

317

318

319

320

321

322

323

324

325

326

327

328

329

330

331

332

333

334

335

336

337

338

339

340

341

342

343

344

345

346

347

348

349

350

351

352

353

354

355

356

357

358

359

360

361

362

363

364

365

366

367

368

369

370

371

372

373

374

375

376

377

378

379

380

381

382

383

384

385

386

387

388

389

390

391

392

393

394

395

396

397

398

399

400

401

402

403

404

405

406

407

408

409

410

411

412

413

414

415

416

417

418

419

420

421

422

423

424

425

426

427

428

429

430

431

432

433

434

435

436

437

438

439

440

441

442

443

444

445

446

447

448

449

450

451

452

453

454

455

456

457

458

459

460

461

462

463

464

465

466

467

468

469

470

471

472

473

474

475

476

477

478

479

480

481

482

483

484

485

486

487

488

489

490

491

492

493

494

495

496

497

498

499

500

501

502

503

504

505

506

507

508

509

510

511

512

513

514

515

ÉNONCÉ DU CONSENTEMENT

La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués par un membre de l'équipe de recherche.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et j'ai reçu des réponses de façon satisfaisante. Je reconnais avoir eu le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans que cela ne nuise aux relations avec mon employeur et les autres intervenants et sans préjudice d'aucune sorte.

Je recevrai une copie signée et datée de ce formulaire de consentement.

Nom du participant
(caractères d'imprimerie)

Signature du participant

Date

Nom de la personne qui a
obtenu le consentement
(caractères d'imprimerie)

Signature de la personne qui a obtenu
le consentement

Date

ENGAGEMENT DU CHERCHEUR

Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant.

Nom du chercheur
(caractères d'imprimerie)

Signature du chercheur

Date